

# Revista Médica Hondureña



ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE  
HONDURAS

*Revista*

# **MEDICA HONDURENA**

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
FUNDADA EN 1930

---

## CONSEJO EDITORIAL

DR. NICOLÁS NAZAR H.  
Director

DR. GUSTAVO A. VALLEJO  
Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. CARLOS H. GARCÍA C. DR.  
RAFAEL ZELAYA M. DR.  
NELSON VELASQUEZ G. DR.  
SAMUEL F. GARCÍA O-

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
Apartado Postal No. 810  
Tegucigalpa, Honduras.  
Tel. 22-5466.

## LA MEDICINA CIENTÍFICA

---

*La Investigación Científica es de vital importancia en la medida de sus resultados que buscan solucionar las necesidades primarias de alimentación, reproducción, vivienda, salud, educación de la población.*

*La mayor parte de nuestra investigación biomédica que se inicia de manera más o menos organizada en los inicios de la década del 70, ha tratado de encontrar propiedades terapéuticas de algunos elementos de la Flora Hondureña, la Revista Médica bajo nuestra dirección, ha cumplido con la tarea de su divulgación.*

*Hoy estamos conscientes, de iniciar una nueva etapa en el campo de la investigación médica, con la publicación de trabajo de investigación clínica "Índice Predictivo para Hospitalización Y Manejo Ambulatorio del Paciente Asma Bronquial Aguda".*

*El trabajo científico de tipo descriptivo analiza la importancia de una serie de parámetros en la evaluación del paciente asmático que acude constantemente a la Emergencia del Hospital-Escuela, de importancia, pues, como sabemos los clásicos parámetros de "las sibilancias", pueden estar presentes cuando la obstrucción es mínima y ausentes cuando la obstrucción es severa y las manifestaciones de hipoxia no aparecen hasta que la obstrucción está comprometiendo la vida del paciente; el uso de varios parámetros y la manera en que a estos mismos se les asigna un puntaje nos muestra una manera más objetiva de categorizar las enfermedades. Al categorizar el asma bronquial de acuerdo a un índice predictivo inicial y someter al paciente a tratamiento convencional y luego decidir la clase de pacientes que deberán ser hospitalizados de*

*acuerdo a evaluaciones objetivas marca una nueva modalidad de investigación en salud de carácter operativo, de importancia económica en los servicios de hospitalizaciones, ya que, en este estudio el 88.40% de los pacientes se trataron en forma ambulatoria y únicamente el 11.60% fueron hospitalizados con la certeza de que realmente lo necesitaban; además se protege al paciente ya que su tratamiento ambulatorio se decide en base de un índice predictivo significativo que garantiza esa decisión.*

*La aplicación general de este índice permitir en nuestros servicios de salud el acercamiento de la práctica de la medicina, a la verdadera ciencia, pero simultáneamente su aplicabilidad vuelve a la ciencia predictiva.*

*Este tipo de investigación es una actividad consustancial de la enseñanza superior porque:*

- a) La Participación del docente con conocimientos teóricos más profundos permite realizar este trabajo sencillo a un nivel elevado que sin olvidar las posibilidades de la investigación fundamental, impulse la investigación aplicada.*
- b) Contribuye a la formación de cuadros científicos altamente calificados.*
- c) Enriquece la formación práctica de los profesionales de la salud en formación.*
- d) En uno de los aspectos más importantes se consolida con la producción de salud, esencia de la ciencia médica.*

## NOTA DEL DIRECTOR

El Colegio Médico de Honduras durante los últimos años ha cumplido con su función gremial, pero también ha estado involucrado con verdadero interés en el bienestar y futuro del pueblo hondureño, cumpliendo también así con la función social que nuestra Ley Orgánica manda.

En vista de lo anterior ha planteado en forma seria y responsable ante el Gobierno Central, el aumento del presupuesto al Ministerio de Salud Pública en cincuenta millones de lempiras, que sería lo justo para que los conductores de la política de salud del País puedan ofrecer realidades a nuestros ciudadanos.

Sin embargo a pesar de los argumentos sólidos y precisos no ha sido posible hasta ahora lograr dicho objetivo.

Pero también es cierto que todavía no se han agotado los mecanismos presupuestarios, para que se haga realidad la noble y humanitaria petición del Colegio Médico de Honduras, en consecuencia, yo invito a los Médicos del país, para que a todo nivel nos convirtamos en promotores de esta causa, cuyo único fin, es el de favorecer a muchos hondureños que realmente necesitan de nuestra ayuda.

Les recuerdo que en esta lucha nos ampara el precepto constitucional de que la salud es prioridad nacional.

## TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

# ÍNDICE PREDICTIVO PARA HOSPITALIZACIÓN Y/O MANEJO AMBULATORIO DEL PACIENTE CON ASMA BRONQUIAL AGUDA

*Dr. Manfredo Turcios Raudales \**

*Dr. Hugo Antonio de Jesús Rodríguez M. \*\**

*Dr. José Enrique Samayoa Andino \*\*\**

### RESUMEN:

Se estudiaron 154 pacientes con asma bronquial en crisis aplicando un índice Predictivo Multifactorial, con el propósito de decidir si se manejaban ambulatoriamente o se hospitalizaban. Se trataron durante un período de 8 horas con tratamiento broncodilatador habitual. Al final del período de ocho horas se decidió tratamiento ambulatorio en 136 pacientes (88.4o/o) y se ingresaron 18 pacientes (11.6o/o). Se determinó que a la cuarta hora de tratamiento, los pacientes que fueron manejados ambulatoriamente tenían un índice Predictivo menor que 4 mientras que los pacientes que se ingresaron mantenían un índice Predictivo mayor o igual que 4, por lo cual se consideró este tiempo como óptimo para decidir hospitalización o manejo ambulatorio de los pacientes.

### INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con Asma Bronquial en crisis consultan al Servicio de Urgencias Médicas del Hospital-Escuela donde son tratados inicialmente sin tener un criterio definido sobre el tiempo que deben permanecer en tratamiento en una clínica de dicho Servicio o ser ingresados a Sala. Se utilizó un con-

junto de parámetros (1) para evaluar al paciente Asmático en crisis, determinar la severidad de la misma y cuantificar el tiempo mínimo necesario para decidir internamiento o manejo ambulatorio. Los parámetros de este índice son fáciles de evaluar, no requiriendo técnicas laboratoriales específicas puesto que son eminentemente clínicos.

### MÉTODO:

Se estudiaron pacientes que consultaron al Servicio de Urgencias Médicas del Hospital Escuela en el período comprendido del 1ro. de marzo al 31 de diciembre de 1983, incluyéndose en la investigación los pacientes en crisis de Asma Bronquial cuya edad oscilaba entre 15 y 50 años (2,3), independientemente del sexo y procedencia, excluyéndose los que tenían infección pulmonar agregada, que eran esteroide dependientes o que tenían otra complicación asociada. Se escogió límite de edad máxima de 50 años, por considerar que después de esta edad los pacientes con Asma Bronquial se asocian frecuentemente con cuadros de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (2,3). Todos los pacientes fueron evaluados en las clínicas del Servicio de Urgencias Médicas, por un Médico Interno a quien previamente se instruyó de los parámetros que deberían determinar y de como hacerlo.

Se le administró el tratamiento que en forma convencional se usa en el Servicio de Urgencias Médicas y que en resumen es: Adrenalina 0.3 ml. cada 20 minutos vía subcutánea por tres dosis a los pacientes menores de 35 años (sin factores de riesgo)

---

\* Jefe del Servicio de Urgencias Médicas. Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela.

\*\* Jefe de Residentes de Medicina Interna. Hospital Escuela.

\*\*\* Sub-Jefe de Residentes de Medicina Interna. Hospital Escuela.

(4,5,12), Aminofilina con dosis de carga calculada en 5-6 mg. por kg. de peso, a pasar en 30 minutos diluidos en 100 ml. de solución glucosada al 50% y luego dosis de mantenimiento calculada a 0.9 mg. por kg. de peso por hora. (6,7,8,11,12). Nebulizaciones con Salbutamol en dilución de 1 ml. (0.5 mg o/o) en 10 ml. de solución salina durante 20 minutos cada 4 horas.

Los parámetros a evaluar fueron los siete indicados en el estudio original modificados (1), a los cuales se les asignó un puntaje de cero a uno como se detalla a continuación:

PARAMETRO:	RANGO	PUNTAJE
Pulso Radial:	Menor de 120 por minuto	0
	Mayor o igual que 120 por minuto	1
Frecuencia Respiratoria	Menor de 30 por minuto	0
	Mayor o igual que 30 por minuto	1
Pulso Paradójico	Menor de 18 mm de Hg	0
	Mayor o igual que 18 mm de Hg	1
Disnea	Ausente	0
	Presente	1
Sibilancias	Ausente	0
	Presente	1
Uso de Músculos Accesorios (Esternocleidomastoideos)	Ausente	0
	Presente	1
Peak Flow	Mayor que 120 L/minuto	0
	Menor o igual que 120 L/minuto	1

El pulso Paradójico se definió como la diferencia de presión sistólica encontrada entre la inspiración y la espiración (9). El uso de Músculos Accesorios se definió como la retracción de los Músculos Esternocleidomastoideos (10).

El Peak Flow fue medido con un "Mini Wright Peak Flow Meter" (Casa Airmed, Inglaterra). (1.13).

La evaluación de los pacientes con los parámetros definidos se realizó al momento en que el paciente llegó al Servicio de Urgencias Médicas (Tiempo Cero), y luego cada hora después de haber iniciado la terapia durante 8 horas como máximo, período considerado como tiempo de Observación. Durante este período se decidió su hospitalización o manejo ambulatorio, según el puntaje del índice Predictivo.

## RESULTADOS:

Se presentan los cuadros y gráficas que resumen los hallazgos del estudio.

**CUADRO No. 1**

Distribución según edad y sexo de pacientes Asmáticos estudiados con criterios de Hospitalización y/o manejo ambulatorio de marzo-diciembre 1983. Hospital Escuela.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	M	o/o	F	o/o	N	o/o
14 - 19	9	5.8	9	5.8	18	11.6
20 - 29	25	16.2	26	16.9	51	33.1
30 - 39	13	8.5	38	24.7	51	33.2
40 - 49	3	1.9	31	20.2	34	22.1
TOTAL	50	32.4	104	67.6	154	100.0

Se estudiaron 154 pacientes, de los cuales 104 (67.60%) corresponden al sexo femenino con edad más frecuente entre 30-39 años, 50 (32.40%) pacientes fueron del sexo masculino con edad más frecuente entre 20-29 años; estableciéndose una relación de 2:1 Mujer-Hombre.

**CUADRO No. 2**

Distribución de pacientes estudiados: tratados ambulatoriamente hospitalizados y recaídas. Marzo-Diciembre de 1983. Hospital Escuela.

PACIENTES	No.	o/o
Tratados Ambulatoriamente	136	88.4
Hospitalizados	18	11.6
Total Estudiados	154	100.0
Recaídas (*)	12	7.8



Puede observarse que los pacientes tratados ambulatoriamente tuvieron un índice Predictivo diferente en evolución inicial; 86 (63o/o) tenían índice Predictivo mayor o igual que 4; con el tratamiento instituido, el índice Predictivo se modificó, observándose que al cabo de las primeras cuatro horas del período de observación 50 pacientes (37.5o/o)

de los 53 (39o/o) que aún permanecieron en el Servicio de Urgencias Médicas tenían un índice Predictivo menor o igual que tres; el resto de pacientes 83 (61o/o) se les había dado el alta del Servicio, en las horas sub-siguientes de observación a los pacientes que permanecían en tratamiento se les dio progresivamente el alta.

CUADRO No. 6

Relación entre Tiempo de Observación e Índice Predictivo, en pacientes hospitalarios, marzo-diciembre 1983. Hospital Escuela.

PERIODO OBSERVACION HORAS	INDICE PREDICTIVO MULTIFACTORIAL																TOTAL	o/o
	0	o/o	1	o/o	2	o/o	3	o/o	4	o/o	5	o/o	6	o/o	7	o/o		
0							3	16.7	7	38.9	5	27.8	3	16.7			18	100
1							2	11.1	10	55.5	4	22.2	2	11.1			18	100
2					2	11.1			9	50	5	27.8	2	11.1			18	100
3					2	11.1			5	27.8	7	38.9	3	16.7			17	94.4
4					2	11.1			7	38.9	4	22.2	2	11.1			15	83.3
5					1	5.6	2	11.1	5	27.8	5	27.8					13	72.2
6					1	5.6	1	11.1	6	33.3	5	27.8					13	72.2
7					1	5.6	1	11.1	5	27.8	4	22.2					11	61.1
8					1	5.6			5	27.8	5	27.8					11	61.1

De los 18 pacientes que fueron hospitalizados, 15 (88.9o/o) de ellos tenían un índice Predictivo mayor o igual que cuatro al momento de la primera evaluación; al término de las primeras horas de observación y de haberse iniciado la terapia 15 (83.3o/o) permanecían en el Servicio de Urgencias

Médicas, de los cuales 13 (72.2o/o) mantenían un índice Predictivo mayor o igual que cuatro en las 4 horas sub-siguientes de observación estos mantuvieron siempre un índice Predictivo mayor o igual que cuatro decidiéndose a diferente hora del período de observación su internamiento.



CUADRO No. 7

Relación del tiempo de evolución de la Crisis e Índice Predictivo de Pacientes tratados ambulatoriamente de marzo-diciembre 1983. Hospital Escuela.

TIEMPO DE EVOLUCION DE CRISIS (DIAS)	INDICE PREDICTIVO MULTIFACTORIAL												TOTAL	
	2	o/o	3	o/o	4	o/o	5	o/o	6	o/o	7	o/o	No.	o/o
> 1	15	15.8	25	26.3	27	28.4	20	21.0	8	8.4			95	69.8
1 - 3	3	12	3	12	7	28	6	24	5	20	1	4	25	18.4
4 - 7	1	16.7	1	16.7	3	50	1	16.7					6	5.4
< 7	1	10	1	10	4	40	3	30	1	10			10	7.4
TOTAL	20	14.7	30	22	41	30.15	30	22	14	10.3	1	0.7	136	100

CUADRO No. 8

Relación del tiempo de Evolución de la Crisis e Índice Predictivo de pacientes hospitalizados de marzo-diciembre 1983. Hospital Escuela.

TIEMPO DE EVOLUCION DE CRISIS (DIAS)	INDICE PREDICTIVO MULTIFACTORIAL												TOTAL	
	2	o/o	3	o/o	4	o/o	5	o/o	6	o/o	7	o/o	No.	o/o
> 1			3	30	3	30	3	30	1	10			10	55.6
1 - 3							2	50	2	50			4	22.2
4 - 7					2	100							2	11.1
< 7					2	100							2	11.1
TOTAL			3	16.7	7	38.9	5	27.8	3	16.7			18	100

De los 136 pacientes tratados ambulatoriamente 95 (69.8o/o) acudieron al Servicio de Urgencias Médicas, antes de cumplirse las 24 horas de iniciada la crisis de asma bronquial y solamente 10 (5.4o/o) pacientes se presentaron después de una semana de haberse iniciado la crisis; no existe una relación directa que a mayor tiempo de evolución de la crisis la severidad de la misma sea mayor.

De igual manera podemos decir de los 18 pacientes hospitalizados ya que 10 (55.6o/o) se presentaron antes de 24 horas de iniciada la crisis y solamente 2 (11.1o/o) se presentaron al cabo de siete o más días, nuevamente se observó que no existió una clara relación entre la severidad de la crisis y mayor tiempo de evolución de la misma, por el contrario la mayoría de los pacientes hospitalizados (10) tenían una evolución menor de 22 horas.

## DISCUSIÓN:

El manejo del paciente con crisis asmática, ha planteado ciertos problemas en relación a criterios de decisión respecto a internamiento o tratamiento ambulatorio. La utilización por el médico tratante de un índice Predictivo ayuda a la selección de pacientes que deben de ser hospitalizados y a la determinación de cuales serán manejados ambulatoriamente. El período máximo de observación de ocho horas es óptimo para tal selección, ya que a las cuatro horas la mayoría de los pacientes tenían un puntaje menor que cuatro lo que decidió su manejo externo y a las ocho horas se hospitalizaron todos los pacientes con puntaje mayor o igual que cuatro. Por lo tanto se sugiere la utilización de dicho índice Predictivo como herramienta clínica útil para la toma de decisiones.

## CONCLUSIONES:

El índice Predictivo Multifactorial es de utilidad para evaluar al paciente en crisis asmática, aplicando únicamente parámetros clínicos para decidir manejo ambulatorio u hospitalización.

El tiempo crítico para decidir la hospitalización del paciente es la cuarta hora del período de observación para aquellos que tienen índice Predictivo mayor o igual que cuatro y manejo ambulatorio para los que tienen índice Predictivo menor que cuatro.

No hubo relación entre el tiempo de evolución de la crisis con la severidad de la misma de acuerdo a los parámetros de evaluación de el índice Predictivo.

## REFERENCIAS

- 1.- Fisch M, Pitchenik A, Gardner L.: An Index Predicting and Need for Hospitalization in Patients with Acute Bronchial Asthma. *The New England Journal of Medicine* 1981, 305-(14): 783-89.
- 2.- Kilsen SG, Kilsen DP, Fleegar BF, et al: Emergency Room Assessment and Treatment of Patients with Acute Asthma. *The American Journal of Medicine* 1978; 64:622-28.
- 3.- Burrows Benjamín: Resumen General de las Neumopatías Obstructivas. *Clínicas Médicas de Norteamérica* 1981; (3):453-69.
- 4.- Goodman LS, Gilman A.: *The Pharmacological Basis of Therapeutics* 6a. Edition. Winer N: Norepinephrine, epinephrine, and The Sympathomimetic Amines. 138-75.
- 5.- Wefb-Johnson DC, Andrews JL.: Bronchodilator Therapy (First of two Parts). *The New England Journal of Medicine* 1977; 297 (9): 476-82.
- 6.- Isles AF, Macleod SM, Levison H: Theophylline New Thoughts About an Old Drug. *Chest*, 1982; 82 (1) Supplement: 49S-54S.
- 7.- Mitenko PA, Ogilvie RI: Rational Intravenous doses of Theophylline. *The New England Journal of Medicine* 1973; 209 (12):600-12.
- 8.- Welb-Johnson DC, Andrew J: Bronchodilator Therapy (Second of two Parts). *The New England of Medicine* 1977; 297 (14); 758-63.
- 9.- Shim C. Willians MH Jr: Pulsus Paradoxus in Asthma. *The Lancet* 1978; 1:530-1.
- 10.- McFadden ER Jr. Kiser R, de Groot WJ: Acute Bronchial Asthma. *The New England Journal of Medicine* 1973; 288 (5):221-25.
- 11.- George RB: Some Recent Advances in the Management of Asthma. *Archives of Internal Medicine* 1982; 142; 933-35.
- 12.- Lovell RG, Preuss L.: Bronchial Asthma with Drugs to use and why *Modern Medicine*; 41 (21); 34-41.
- 13.- Banner AS, Shah RS, Addington WW: Rapid Prediction of Need for Hospitalization in Acute Asthma. *JAMA*, 1976; 235 (13): 1337-38.

# ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LOS EFECTOS FARMACOLOGICOS DE CALLIANDRA MOLINAE STANDLEY (Palo de corcho) EN ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN.

Dr. Pablo José Cambar, Dra. Hiue Ivette Andonie, Dr. Roberto P. Sosa, Dr. José Casco, Dra. Consuelo Murillo de Casco, Dr. Carlos Alvarado, Br. Herlin Aguilar, Br. Jorge Seaman, Br. Eduardo Retes, Br. Jackeline Alger,

Dr. José Eduardo Tabora, Dra. Lilia Martínez de Bertrand  
P.M. Julio César Martínez, A.T.D, Ernesto Martínez.

## INTRODUCCIÓN

Una especie nueva de *Calliandra* fue descubierta en el Departamento de El Paraíso a lo largo del río Lizapa en Galeras, por los Doctores Antonio Molina y Paúl Standley en el año de 1945 y fue clasificada internacionalmente como *Calliandra molinae standley* (<sup>1</sup>). Es un árbol cuya parte superior es aplanada y dotado de gran belleza durante su período de floración. Su corteza es gruesa parecida al corcho, de allí que popularmente se le llama "Palo de Corcho". En el presente trabajo al inyectar extractos acuosos obtenidos de las hojas de *Calliandra molinae standley* se observaron algunos cambios como pasividad, prolongación significativa del tiempo de dormido producido por el pentobarbital sódico y en aparato cardiovascular hipotensión sistólica y diastólica cuyo mecanismo de acción logramos dilucidar. Se observó cierto parecido a los efectos farmacológicos producidos por los extractos de hojas de *Casimiroa edulis llave et lex* (matasanos) e *Hyptis sinuata* ("la miona"). La mayoría de nuestros estudios farmacológicos de extractos de plantas han tenido como punto de partida información etnofarmacológica sobre sucesos terapéuticos pero el estudio actual constituyó un complemento de estudios botánicos previamente realizados a un nivel nacional.

---

\* Profesores y estudiantes del Departamento de Fisiología de la Facultad de Ciencias Médicas y Farmacia, UNAH.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Ensayo Multidimensional de Irwin.

El extracto de hojas de *Calliandra molinae standley* se administró por vía subcutánea a grupos de 5 ratones a las dosis de 10, 20 y 40 mgs/kg; los controles recibieron solución salina isotónica S.C. Los ratones fueron observados antes de la inyección del extracto, a la primera y segunda hora después de administrar el mismo. El examen neurofarmacológico fue anotado en fichas de Irwin, midiéndose 38 parámetros que correspondieron a las grandes divisiones: conciencia, humor, actividad motora, excitación del sistema nervioso central, posición, incoordinación motora, tono muscular, reflejos, sistema nervioso autónomo y misceláneas.

El efecto del extracto se anotó por medio de una escala de grados entre 0 y 8. El puntaje básico para los signos normales es 4; por debajo de este valor la respuesta es subnormal y por encima supernormal o exagerada, la anotación física para los signos anormales es 0 y la máxima (8). Para estandarizar la técnica se usaron varias drogas: diazepam, anfetamina, etc. en otros ratones.

### Tiempo de Anestesia Producido por el Pentobarbital Sódico en Ratones

Se utilizaron 40 ratones subdivididos de tal manera que el grupo control recibió solución salina isotónica (0,9o/o), y a los tres grupos restantes se les ad-

ministraron 10, 20 y 40 mgs/kg del extracto de hojas de *Calliandra molinae standley* por vía subcutánea y 24 horas después todos los ratones fueron inyectados con pentobarbital sódico por vía intraperitoneal. Para determinar el tiempo de anestesia se midió el intervalo transcurrido entre la pérdida y recuperación del reflejo de enderezamiento (6); se midió el tiempo de latencia y adicionalmente el inicio de la locomoción.

#### Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Respiratoria

Para establecer la relación dosis-respuesta de los extractos de hojas o corteza de *Calliandra molinae standley* sobre presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria se usaron ratas wistar. Se anestesiaron con una mezcla de ácido dialilbarbitúrico (60 mgs/kg) y uretano (200mgs/kg) por vía I.P. Para registrar la presión arterial sistólica; diastólica o diferencial se cateterizó la arteria carótida derecha y se conectó a un transductor de presión statham P23 D. C. Se usó heparina en el sistema como agente anticoagulante. Se tomó en cada animal el electrocardiograma en derivación II con electrodos de aguja implantados subcutáneamente. Los movimientos respiratorios fueron medidos por medio de un transductor FT 0.3 Grass y un hilo suturado a la cara anterior del tórax. Las señales de presión arterial, respiración y electrocardiograma fueron amplificadas y registradas en un polígrafo Grass Modelo 7D(7). Se administró el extracto de *Calliandra molinae standley* por vía I.V. a la dosis de 20, 40 y 80 mgs/kg.

Un grupo adicional de ratas recibió histamina 8 mcg/kg antes y después de Difenhidramina 5 mgs/Kg I.V. y también extractos de *Calliandra molinae standley* antes y después del antihistamínico. En otras ratas se trató de bloquear los receptores histaminérgicos H<sup>1</sup> y H<sup>2</sup> por medio de difenhidramina y cimetidina esta última a la dosis de 18 mgs/kg I.V. y luego se administró el extracto de "Palo de Corcho" para determinar si la hipotensión producida por el mismo es debida o mediada por la histamina.

Para determinar si la hipotensión producida por los extractos de "Palo de Corcho" es debida a un efecto parasimpaticomimético se usó acetilcolina 5 mcg/kg I.V. y extracto de *Calliandra molinae standley* antes y después de atropina a la dosis de 2 mgs/kg I.V.

#### Íleo de Cobayo

Se obtuvo un segmento de íleo de cobayo que fue suspendido en un baño de 8 ce conteniendo solución de Krebs oxigenado con una mezcla de 95o/o O<sub>2</sub> y 5o/o CO<sub>2</sub>, uno de sus extremos fue fijado al fondo del baño y el otro a un transducer statham FT 03(8). Se construyó una curva dosis respuesta usando sulfato de histamina a las dosis de 20, 40 y 80 mcg/ml y también con el extracto acuoso de hojas de *Calliandra Molinae standley* a las dosis de 80, 160, 520, 640 mcg/ml, se usó difenhidramina a la dosis de 0.2 mg/ml para bloquear la respuesta contráctil de íleo de cobayo a la histamina o al extracto de "Palo de Corcho".

## RESULTADOS

#### Ensayo Neurofarmacológico Muí ti dimensional de Irwin en Ratones

Cuando se administró el extracto acuoso de las hojas de la planta solo se detectó cierto grado de timidez y aumento de la respuesta al tacto y dolor o vocalización en relación al control, pero globalmente no se observaron diferencias significativas.

#### Tiempo de Anestesia Producido por el Pentobarbital Sódico en Ratones

Se observó prolongación de los tiempos de anestesia e inicio de la locomoción producido por el pentobarbital sódico cuando con antelamiento de 24 horas se habían administrado 20 o 40 mgs/kg S. C. del extracto de hojas de *Calliandra molinae standley* siendo los cambios altamente significativos  $P < 0.001$ . Con la dosis de 10 mgs/kg S. C. únicamente se observó una prolongación del inicio de locomoción en relación al control. (Ver Tabla I).

TABLA I

Tiempo de anestesia producido por Pentobarbital sódico en ratones controles y tratados con *Calliandra molinae standley* (24 horas de antelamiento).

Procedimiento (dosis)	No. de ratones	Promedio y $\pm$ error standard del promedio		
		Tiempo de latencia (min.)	Tiempo de anestesia (min.)	Inicio de locomoción (min.)
Controles	8	9.75		
Controles (sol salina 0.9o/o)	8	9.75 $\pm$ 2.8	19.9 $\pm$ 3.21	22.1 $\pm$ 3.0
<i>Calliandra molinae</i>				
(10 mg/kg SC)	8	11.9 $\pm$ 1.8	27.7 $\pm$ 2.4	38. $\pm$ 3.7 *
(20 mg/kg SC)	10	6.8 $\pm$ 1.0	35.2 $\pm$ 3.5 *	42.5 $\pm$ 1.9 *
(40 mg/kg SC)	10	8.3 $\pm$ 1.3	41.9 $\pm$ 3.1 *	44.4 $\pm$ 2.5 *

\* Diferencia estadísticamente significativa (t de student) al comparar controles versus tratados.

La administración de los extractos acuosos de hojas de *Calliandra molinae* prolongó significativamente el tiempo de anestesia y el inicio de locomoción producido por pentobarbital sódico.

#### Efectos Hipotensores de *Calliandra molinae standley* en Ratas

Los extractos obtenidos de hojas o corteza de *Calliandra molinae Standley* produjeron hipotensión arterial cuando fueron administrados por vía I.V. a ratas anestesiadas con dial-uretano. Con ambos extractos se observó una rápida caída de la presión arterial, apareciendo el efecto máximo entre 25 segundos y 2 minutos, prolongándose la duración de la respuesta en 11, 16 y 30 minutos cuando usamos las dosis de los extractos de 20, 40 y 80 mgs/kg respectivamente.

No existió una diferencia estadísticamente significativa entre los dos extractos (de hojas o corteza). En algunos casos la respuesta duró más de una hora observándose entonces una restauración de la presión arterial a los valores controles previamente registrados o sea que los animales se recuperan. La hipotensión se acompaña de ligera taquicardia y taquipnea más evidentes al usar extractos de corteza pero no significativos desde el punto de vista estadístico. {Ver Tabla H yin).

TABLA II

Efectos de la Administración del extracto de corteza de *Calliandra molinae standley* sobre el aparato cardiovascular y respiración de ratas anestesiadas con Dial-Uretano.

Dosis mgs/kg Número de ratas Número de (Inyecciones)	Presión Arterial* (mm Hg)				Electrocardiograma* (Frecuencia Cardíaca)		Respiración (Ciclos por Minuto)	
	Sistólica		Diastólica		Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o
	Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o
<i>Calliandra molinae standley</i>								
20 mgs/kg 6 (16)	± 108 4.8	± 20.0** 4.8	± 95 4.9	± 23** 5.6	± 392 8.4	± 1.4 1.7	± 96 11.7	± 19.2 9.1
40 mgs/kg 6 (16)	± 111 5.3	± 31.9** 5.2	± 98 5	± 38** 7	± 394 10.3	± 0.5 1.3	± 93.4 9.1	± 20 6.3
80 mgs/kg 6 (16)	± 114 5.0	± 46.5** 3.6	± 103 5.3	± 54.3** 3.5	± 390 11.4	± 0.4 3.2	± 93.5 9.0	± 27 13.0

\* Los valores representan el promedio y ± error típico del promedio.

\*\* Diferencia estadísticamente significativa (t de Student).

a Valores control antes de la inyección de extracto.

La administración intravenosa del extracto acuoso de corteza de *Calliandra molinae standley* produjo hipotensión sistólica y diastólica y aumento de la frecuencia respiratoria.

TABLA III

Efectos del Extracto de hojas de *Calliandra molinae standley* sobre el Aparato Cardiovascular y Respiración de Ratas anestesiadas con Dial-Uretano.

Dosis mgs/kg Número de ratas Número de (Inyecciones)	Presión Arterial* (mm Hg)		Electrocardiograma* (Frecuencia Cardíaca)		Respiración (Ciclos por Minuto)	
	Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o
	Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o	Control <sup>a</sup>	Δ o/o
<i>Calliandra molinae standley</i>						
20 mgs/kg 7 (14)	109.3 ± 9.6	12.2** ± 5.9	389.6 ± 13.9	7.8 ± 3.9	106.3 ± 8.0	7.11 ± 4.6
40 mgs/kg 7 (13)	108.5 ± 9.6	33.4** ± 4.9	385.4 ± 12.9	7.15 ± 2.58	103.4 ± 9.1	12.4 ± 5.2
80 mgs/kg 7 (19)	108 ± 6.71	42.8** ± 6.8	384 ± 14.5	6.5 ± 2.4	110.3 ± 8.4	11.6 ± 5.2

\* Los datos representan el promedio y ± error típico del promedio.

\*\* Hipotensión estadísticamente significativa.

a Valores basales antes de administrar el extracto.

La administración I. V. del extracto de hojas de la planta produjo hipotensión.

Calliandra molinae Antes y Después de Difenhidramina y Cimetidina

La administración de 8 mcg/kg I.V. de histamina redujo ambas presiones sistólica y diastólica; cambió poco la frecuencia cardíaca e incrementó ligeramente la frecuencia respiratoria. La inyección intravenosa de *Calliandra molinae standley*

produjo cambios cardiorespiratorios parecidos. La inyección I.V. de difenhidramina 5 mgs/kg más cimetidina 18 mgs/kg redujo significativamente la hipotensión producida por la repetición de histamina pero solo bloqueó parcialmente la debida a los extractos de hojas de *Calliandra molinae standley* (Ver Tabla IV).

TABLA IV

Efectos Cardiovasculares y respiratorios de *Calliandra molinae standley* administrada antes y después de histamina, difenhidramina y cimetidina.

Procedimiento (Dosis)	Presión Arterial (mm Hg)*				Frecuencia Cardíaca (Por minuto)		Frecuencia Respiratoria* (Por minuto)	
	Sistólica Control	$\Delta$ o/o	Diastólica Control	$\Delta$ o/o	Control	$\Delta$ o/o	Control	$\Delta$ o/o
Histamina (8 mcg/kg IV.)	$\pm$ 154.7 10.5	$\pm$ 22.4 2.5	$\pm$ 131 9.7	$\pm$ 29.7 5.9	$\pm$ 448 26.9	$\pm$ 2.3 0.4	$\pm$ 96.7 11.	$\pm$ 15.0 6.2
<i>Calliandra molinae standley</i> (20 mgs/kg I.V.)	$\pm$ 156.2 8.3	$\pm$ 33.3 10.2	$\pm$ 140 4.6	$\pm$ 41.4 10.6	$\pm$ 439.5 27.6	$\pm$ 4.4 2.6	$\pm$ 107.2 15.5	$\pm$ 21.1 6.3
Difenhidramina 5 mgs/kg/I.V. + Cimetidina 18 mgs/kg I.V.								
Histamina (8 mcg/kg I.V.)	$\pm$ 123.7 7.5	$\pm$ 5.2 2.0	$\pm$ 95 5.2	$\pm$ 10.8 2.1	$\pm$ 402 32.8	$\pm$ 1.0 1.3	$\pm$ 120 17.5	$\pm$ 11.7 4.3
<i>Calliandra molinae standley</i> (20 mgs/kg I.V.)	$\pm$ 131.2 11.2	$\pm$ 21.2 10.9	$\pm$ 106.2 10.9	$\pm$ 32.3 7.8	$\pm$ 414 35.1	$\pm$ 3.2 5.0	$\pm$ 107.2 17.1	$\pm$ 20.5 6.7

Los datos representan el promedio y  $\pm$  error standard del promedio.

Calliandra molinae standley Antes y Después de Atropina

La administración de 5 mcg/kg de acetücolina por vía I.V. redujo la presión arterial con pocos cambios en frecuencia cardíaca y respiración. La inyección de *Calliandra molinae standley* produjo hipotensión importante y bradicardia y taquipnea muy leves. Al repetir dosis similares de acetücolina y *Calliandra molinae standley* después de sulfato

de atropina 2 mgs/kg I.V. la inyección de acetücolina aumentó ligeramente la presión arterial, modificó poco la frecuencia cardíaca y respiratoria; cuando se inyectó nuevamente el extracto de hojas de *Calliandra molinae standley* en lugar de bajar la presión arterial se elevó significativamente y luego descendió un poco pero no tanto como antes de dar la atropina, también se produjo bradípnea en lugar de taquipnea. (Ver Tabla V).

TABLA V

Efectos cardiovasculares producidos por acetilcolina y *Calliandra molinae* después de atropina.

Procedimiento (Dosis)	Presión Arterial* (mm Hg)		Frecuencia Cardíaca* (Por minuto)		Frecuencia Respiratoria* (Por minuto)	
	Control	$\Delta$ o/o	Control	$\Delta$ o/o	Control	$\Delta$ o/o
Acetilcolina (5 mcg/kg)	$\pm$ 139 8.8	$\pm$ 33.2 5.5	$\pm$ 416.8 9.6	$\pm$ 2 1.6	$\pm$ 84.4 13.6	$\pm$ 11.9 8.2
<i>Calliandra molinae</i> (40 mgs/kg)	$\pm$ 139.4 6.4	$\pm$ 24.7 2.97	$\pm$ 412.8 6.94	$\pm$ 4.1 6.8	$\pm$ 94.2 14.	$\pm$ 21.9 27.4
----- Atropina 2 mgs/kg I.V. -----						
Acetilcolina (5 mcg/kg)	$\pm$ 128 9.6	$\pm$ 8.7 5.97	$\pm$ 396 12.7	$\pm$ 0.6 1.3	$\pm$ 69 9.6	$\pm$ 10.5 10.1
<i>Calliandra molinae</i> (40 mgs/kg)	$\pm$ 121.4 2.6	$\pm$ 37 10.4	$\pm$ 398. 13.9	$\pm$ 4.3 1.6	$\pm$ 114. 27	$\pm$ 14.2 18.9

\* Los datos se presentan como promedio y  $\pm$  error standard del promedio.La administración de atropina bloqueó los efectos hipotensores de acetilcolina y *Calliandra molinae standley*.fleco de Cobayo

Tanto la inyección de sulfato de histamina a la dosis de 20, 40 y 80 mcg/ml como la adición al baño de 80, 160, 520 y 640 mcg/ml del extracto de hojas de *Calliandra molinete standlye* produjeron contracciones del fleco de cobayo, mismas que fueron bloqueadas por difenhidramina a la dosis de 0.2 mgs/ml.

DISCUSIÓN

Durante los años de 1946 a 1949 se llevó a cabo una exploración botánica intensa de tres países centroamericanos: El Salvador, Honduras y Nicaragua; por los doctores Louis O. Williams y Antonio Molina R- de la Escuela Agrícola Panamericana, sitio que les sirvió de base de operaciones y que se encuentra localizado en el Valle del Río Yesguare al Sudeste de Tegucigalpa. Dicho trabajo dio como fruto el descubrimiento de plantas nuevas incluyendo al menos dos géneros y más de cien especies. La

*Calliandra molinae standley* especie nueva, fue descubierta en el Departamento de El Paraíso a lo largo del Río Lizapa en Galeras el 27 de Junio de 1945. Las *Calliandras* se reconocen por su corteza, gruesa parecida al corcho, que cubre las ramas nuevas y viejas, de allí que popularmente se le llama "Palo de Corcho".

Los árboles cuando grandes son distinguidos desde lejos por la forma aplanada de su parte superior y en su período de floración este árbol posee una gran belleza.

Los estudios neurofarmacológicos practicados en la Unidad de Farmacología usando extractos acuosos de "Palo de Corcho" revelaron pasividad, respuesta al tacto y dolor incrementadas; vocalización y otros cambios que no fueron relevantes. Cuando se administraron dichos extractos con 24 horas de antelamiento se observó un aumento significativo del tiempo de dormido producido por el pentobarbital sódico por lo que pudiese tener efectos inhi-



bidores del sistema microsomal hepático disminuyendo la biotransformación del barbitúrico en sus metabolitos inactivos, sin embargo es necesario descartar si produce hepatotoxicidad. La administración de difenhidramina bloquea la contracción producida por el extracto de *Calliandra molinae standley* en el íleo de cobayo (in vitro). En aparato cardiovascular produjo hipotensión sistólica y diastólica, efecto que es disminuido por el uso de difenhidramina y cimetidina y completamente bloqueada por atropina, en cuyo caso en lugar de observarse hipotensión apareció hipertensión arterial y también bloqueó la taquipnea que produjo el extracto antes de administrar dicho antimuscarínico. La fase hipertensora podría depender de una liberación de catecolaminas por la médula adrenal inducida por el extracto durante el bloqueo señalado. Con estos antecedentes resulta aceptable pensar que el mecanismo de acción hipotensor de los extractos acuosos de hojas de *Calliandra molinae standley* sea debido a efectos parasimpáticomiméticos e histaminérgicos, esta situación no es excepcional puesto que en otros laboratorios y en nuestra Unidad de Farmacología los extractos acuosos de hojas de *Casimiroa edulis llave et lex* produjeron efectos cardiovasculares parecidos cuyo mecanismo de acción involucra substancias como metilhistamina o acetil colina, asimismo con los extractos acuosos de hojas del popular "matasanos" detectamos pasividad y además prolongación significativa del tiempo de dormido producido por el pentobarbital sódico; aunque, de menor intensidad, igual tipo de cambios produce *Hiptis Sinuata*, "La Miona", otra de las plantas medicinales de Honduras perteneciente a la familia de las labiadas, pero el mecanismo de sus efectos cardiovasculares (hipotensión) está todavía en fase de estudio.

#### A GRADECIMIENTO

1. Al Dr. Concepción Ferrufino, Director Científico de la UNAH por su valioso apoyo a estas investigaciones.
2. Al Dr. Antonio Molina, por su valiosa colaboración en los aspectos botánicos.
3. A la P.M. y Sria. Melba Gloria Amador H., por su valiosa ayuda en la reproducción de este trabajo.
4. A las Autoridades de la nueva Universidad, por su apoyo a la investigación científica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Standley, P. C: New Plante from Honduras. Ceiba 1950 vol. I No. 1, pág. 38.
- 2.- Andonie, H- L: Estudio Neurofarmacológico Preliminar de Algunas Plantas Nacionales. Tesis de Grado, 1982 Facultad de Química y Farmacia UNAH, pág. 25.
- 3.- Cambar, P. J., Fortín de Pineda, M. G., Tabora, J. E. et al Estudio Preliminar sobre los Efectos Cardiovasculares del Extracto de *Casimiroa edulis llave et lex*. Revista Médica Hondurena 1980 48: 79, 81.
- 4.- Lozoya, X. Lozoya, M. CochítzapoÜ. *Casimiroa edulis* en Flora Medicinal de México. Primera parte 1982, Ed. Instituto Mexicano de Seguridad Social, Pág-130-147.
5. Turner, R. A.: Screening Methods in Pharmacology. Ist ed. New York London; Academic Press. Vol. I, 1965. Pág. 26-34.
6. Barastegui, A. C: Esquema y Prácticas de Farmacología 1977 Ed. Espax, España Pág. 69.
7. Me Leod, L. J.,'Staff: Univ. Edimburg Dep Pharmacol.: Pharmacological Experimenta on intact Preparations, 1970 15 ed. Edimbur-London: E. S. S. Livingsstone Ltd. Pág. 58.
- 8.- Kosterlitz, H. W., Lydon, R. J., Watt, A. J. The Effects of Adrenaline, Noradrenaline and Isoprenaline on Inhibitory Alfa and Beta-adrenoceptors in the longitudinal muscle of the guineapig ileum. Br. J. Pharmac. 39, 398-413, 1970,

# COLECISTECTOMIA SIMPLE NO COMPLICADA: ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DE DRENAJE POST. OPERATORIO EN EL HOSPITAL ESCUELA

*Dra. Leila Cuéllar de Deras (\*)*

## SUMARIO

En el Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras se realizó un estudio prospectivo de 17 pacientes sometidos a colecistectomía no complicada en quienes no se efectuó drenaje del lecho vesicular, comparado en términos de complicaciones post-operatorias y duración de la estadía hospitalaria con otro grupo de 20 pacientes en quienes en forma rutinaria se usó drenos.

Los pacientes en quienes no se usó drenos tuvieron una significativa disminución de fiebre post-operatoria y una estadía hospitalaria más corta. Se concluye que la eliminación del uso del drenaje rutinario después de colecistectomía disminuye la morbilidad post-operatoria y por consiguiente los costos hospitalarios.

## INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es considerada el procedimiento quirúrgico más practicado en cirugía abdominal después de la apendicectomía. (1) Una disminución de la estadía intrahospitalaria contribuiría significativamente a disminuir los costos de hospitalización. Se ha demostrado que en colecistectomías simples no complicadas, el uso de drenos prolonga la estancia hospitalaria de 24 a 48 horas. (1) (3)

En un intento para determinar si en colecistectomías simples no complicadas el uso de drenos incrementa la morbilidad post-operatoria y aumenta la estadía hospitalaria, se realizó un estudio prospectivo de colecistectomías simples no complicadas

en que se omitió el empleo de drenos y se comparan los resultados con un grupo similar de colecistectomías en que sí se colocó drenos, valorando fiebre post-operatoria, complicaciones pulmonares y duración de la estadía hospitalaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron 17 pacientes (Grupo A) con diagnóstico establecido de patología vesicular no complicada admitidos al Servicio de Cirugía a quienes se practicó colecistectomía simple durante los meses de noviembre de 1983 a enero de 1984 y en los que no se dejó dreno postoperatorio. Todos pertenecían al sexo femenino con un rango de edad de 21 a 60 años ( $x = 38.29$ ). (Figura 1). Las indicaciones para la intervención quirúrgica en todos los casos fue litiasis vesicular. Todos los pacientes egresaron sin elevaciones térmicas y tolerando una dieta regular.

Se estudió en forma retrospectiva, otro grupo de 20 pacientes (Grupo B) intervenidos durante los meses de septiembre a noviembre de 1983 a quienes se les colocó drenos. El rango de edad fue de 24 a 69 años ( $x = 39.45$ ), y la distribución por sexos fue 4 del sexo masculino y 16 del sexo femenino (Figura 2). Las indicaciones para la colecistectomía fueron litiasis vesicular no complicada en 13 y en 7 por agudización de su sintomatología, sin evidencia de fiebre u otra complicación. Se emplearon drenos abiertos (penrose) que se extrajeron por incisión separada en 18 casos y a través de la herida quirúrgica en 2 casos, durante el acto operatorio. Se investigó el tipo de incisión empleada y su relación con complicaciones y estadía hospitalaria.

Se excluyeron de ambos grupos aquellos pacientes sometidos a exploración de vías biliares.

(\*) Residente Departamento de Cirugía Hospital Escuela.  
Tegucigalpa, Honduras.

Se denominó "Colecistectomía simple no complicada" cuando durante el proceso quirúrgico no hubo perforación de la vesícula biliar, sangrado persistente del lecho vesicular, ni lesión del mismo o de los tejidos adyacentes.

El costo del día/cama para los pacientes de Cirugía General en el Hospital Escuela es de 65.15 Lempiras. (6)

FIGURA 1  
PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SIN DRENO.

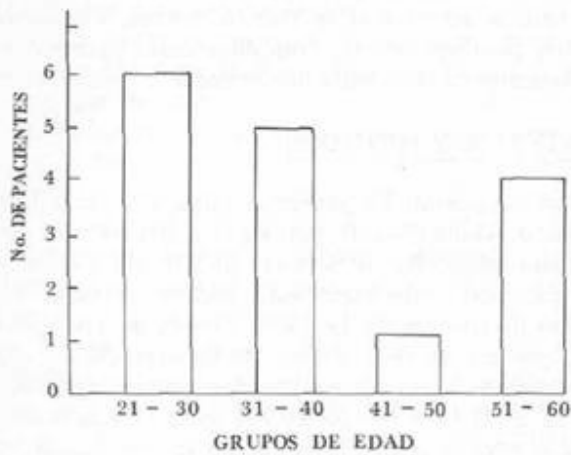
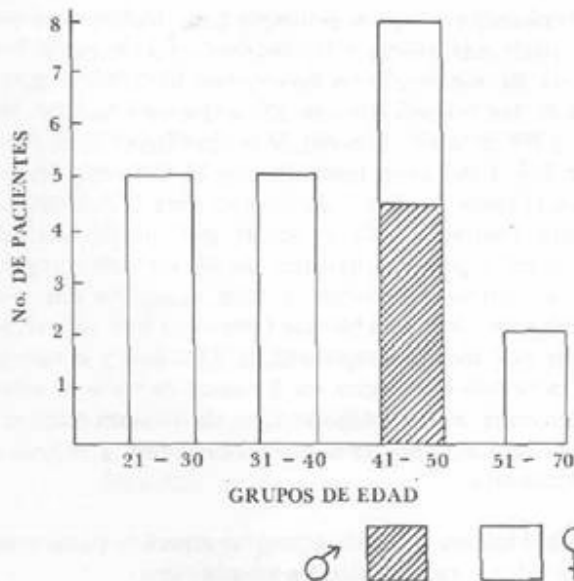


FIGURA 2  
PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON DRENO.



## RESULTADOS

En el Grupo A, se encontró reacción inflamatoria aguda en 3 casos al momento de la cirugía. Las incisiones empleadas fueron paramediana derecha en 7 casos, mediana supraumbilical en 7 y subcostal derecha en 3. En un caso, se demostró adenocarcinoma de vesícula no sospechado, con diseminación a páncreas y a ovario izquierdo; en los demás casos la biopsia confirmó el diagnóstico de colecistitis crónica.

Se presentó fiebre en 4 pacientes (en 3 al segundo día postoperatorio y en 1 al tercero y cuarto día). No hubo complicaciones pulmonares. Hubo una infección de herida operatoria y con excepción de este caso, en ningún otro se empleó antibióticos. El promedio de estadía hospitalaria fue de 3.58 días, con un rango de 2 a 5 días. (Tabla I).

En el Grupo B, se encontró reacción inflamatoria aguda en 7 casos al momento de la cirugía. Las incisiones empleadas fueron 9 subcostales derechas, 6 paramedianas derechas y 4 medianas supraumbilicales. Se presentó fiebre post-operatoria (temperatura mayor de 38°C) en 12 casos: en 4 al primer día, en 3 entre el primero y tercer días, en 2 entre el cuarto y quinto días, y en 1 en el primero y quinto día. Se empleó antibióticos en 6 casos. No hubo infección de la herida en ningún caso y el promedio de estadía hospitalaria fue de 5.2 días, con un rango de 4 a 7 días.

Se retiró el drenaje entre el tercero y quinto días post-operatorios en todos los casos, y los pacientes egresaron sin fiebre, en buenas condiciones generales y tolerando una dieta regular. (Tabla I).

La presencia de fiebre post-operatoria en el Grupo A fue menor que en el Grupo B, y esta diferencia fue significativa.

La permanencia hospitalaria fue de 3.5 días en el Grupo A y de 5.2 días en el Grupo B, siendo significativa.

El tipo de incisión empleada y el hecho de que los drenos se extrajeran a través o no de la herida qui-

rúrgica, no tenía relación con la aparición de fiebre post-operatoria ni aumento de la estadía hospitalaria.

**TABLA I**  
**COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS Y**  
**ESTADÍA HOSPITALARIA EN PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS.**

	SIN DRENO	CON DRENO
No. de Pacientes	17	20
Fiebre post-operatoria	4 (23 o/o)	12 (60 o/o)
Infección de la herida	1 (5.8o/o)	0
Estadía hospitalaria (X)	3.5	5.2

norma, sangrado, erosión de vasos u órganos adyacentes y falla en el drenaje, se han atribuido al empleo de drenos, (4) además de complicaciones pulmonares tales como atelectasias, en relación al dolor en el sitio del dreno. (2) (4)

Spivac en 1913 describió lo que llamó la "colecistectomía ideal" en la que no se dejaba drenos. (3) Desde entonces la controversia ha persistido y a pesar de que hay publicaciones en ambos sentidos, ha sido práctica rutinaria entre todos los cirujanos que laboran en el Hospital Escuela el colocar drenos después de toda colecistectomía simple.

Se ha descrito la existencia de pequeños conductos accesorios entre hígado y vesícula biliar, difíciles de identificar en el momento de la operación.(5) Además, cuando se ha empleado drenos por aspiración se ha encontrado cantidades de drenaje de bilis que van desde los 200 hasta los 4000 ml.

Es indudable que la cantidad de bilis que se acumulará dependerá de la técnica empleada, pues será mayor si el lecho vesicular ha sido lesionado, que si se ha dejado intacto.

Existe una tercera alternativa que consiste en dejar el dreno y removerlo a las 24 horas, si no hay drenaje significativo de bilis (4).

En nuestro estudio el grupo de pacientes con drenos presentó una significativa diferencia en cuanto a elevaciones febriles post-operatorias. Sesenta por ciento de estos pacientes tuvieron una temperatura arriba de 38oC., contra un veintitrés por ciento de las colecistectomías no drenadas. No hubo diferencia entre estos 2 grupos en lo que se refiere a complicaciones pulmonares o infección local de la herida, como ha sido reportado por otros. (2,3,4).

Este estudio aunque con un pequeño número de casos, confirma los hallazgos previamente reportados de que la hospitalización post-operatoria es más corta en pacientes con colecistectomía simple sin dreno. Los pacientes con drenos requieren uno o dos días adicionales para remover los drenos en forma diaria.

De un total de 150 colecistectomías practicadas en el Hospital Escuela durante el período de noviembre de 1982 a noviembre de 1983, 98 fueron consideradas no complicadas. Si de este grupo se hubiese omitido la colocación de drenos representaría un ahorro global de alrededor de 10,000 Lempiras anuales. La diferencia de 1.6 días entre ambos grupos, representa un costo adicional para el hospital de 105.54 Lempiras por cada paciente con drenos.

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, el drenaje de rutina después de colecistectomía simple no complicada equivale a un aumento significativo de la fiebre post-operatoria y de la estadía hospitalaria.

Los drenos deben emplearse selectivamente para aquellos casos en los que ha habido lesión del lecho vesicular o de la vesícula biliar con derrame de bilis, o cuando exista una reacción inflamatoria importante. En caso de no evidenciarse alguna de las condiciones mencionadas, debería considerarse la supresión de la colocación de los drenos post-operatorios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Benthley Colcock (1973). "Hacia un número menor de complicaciones en Cirugía". Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Volumen II. Abril p.p. 481.
2. Welch Claude y Malt Ronald (1983). "Abdominal Surgery (Second of three parts)". The New England Journal of Medicine. Volume 308 No. 12 March 24. p.p. 685-95.
3. Johnson, Gerald y Gildsford, Robert. (1981) "Routine versus selective drainage of the gallbladder bed after cholecystectomy." The American Journal of Surgery. Volumen 142. December. pp. 651-53.
4. Farha, Chang y Matthews (1981). "Drainage in elective cholecystectomy." The American Journal of Surgery. Volumen 142. December. pp. 678-80.
5. Postlethwait R. "Principios de Cirugía Operatoria" (Capítulo 15). En Tratado de Patología Quirúrgica. Undécima Edición 1977. David C. Sabiston Jr. Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. México 1981. pp. 303.
6. Presupuesto General del Hospital Escuela 1983. Mecanografiado.

# CORRELACIÓN HISTOLÓGICA, OTOLÓGICA Y COLPOSCOPICA EN DETECCIÓN PRECOZ DE LA PATOLOGÍA CERVICAL

*Dr. Miguel Armando Moradel (\*\*)*

## INTRODUCCIÓN

La prevención del cáncer, por supuesto es la meta definitiva de todos los Oncólogos y médicos especialistas relacionados con esta disciplina, no siempre el especialista tiene la oportunidad de hacer medicina preventiva, dado las múltiples ocupaciones, la falta de tecnología y las condiciones socio-económicas precarias de nuestra población asistencial.

En cáncer: es preferible hacer una detección precoz, para evitar lamentar males mayores y enlutar progresivamente a familias enteras.

En las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales, tenemos tiempo suficiente para obstruir el proceso biológico de la enfermedad, ya que el 4o/o de los N.I.C. evolucionan a cáncer en 1 año, en 3 años el 11o/o, en 5 años el 22o/o y en 9 años el 33o/o {Barri Anderson 1977 Pag. 837} (3).

## OBJETIVO

Nuestra meta ha sido hacer una correlación de la citología colposcopia e histología, en forma retrospectiva, considerando estos procedimientos como los más correctos en la detección precoz de patología cervical. Analizando pacientes con cito-

logía anormal, unos pocos casos con informe citológico normal correlacionándolos con los hallazgos colposcópicos e histológicos, para afirmar que nuestras pacientes han sido sometidas a un protocolo completo y como resultado final la derivación a la conducta más adecuada a seguir.

Esta evaluación nos permite corregir errores, superar el nivel tecnológico de la citología, analizar nuestra experiencia y verificar el grado de Neoplasia Intraepitelial Cervical histológicamente.

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado 327 pacientes portadoras de N.I.C. en sus diferentes grados, a partir de Enero 1981 a Nov. 1983, de un total de 12,500 pacientes consultantes en la Unidad de Patología Cervical de la Liga contra el cáncer.

**TABLA No. 1**  
**12,500 PACIENTES CON CITOLOGIA**

	No.	o/o
N.I.C. GI	91	0.73
N.I.C. GH	103	0.82
N.I.C. GIII	73	0.60
C.A. INSITU	60	0.48
	327	2.63
C.A. INVASORES	117	0.94
	444	3.57

El 0.73o/o son portadoras de NIC GI (Displasia leve), 0.82o/o NIC GH {Displasia moderada), 0.60o/o NIC Gilí (Displasia severa, 0.48o/o C.A.

(\*) Presentado en el XIV Congreso Centroamericano y VII Jomada Nacional de Ginecología y Obstetricia Noviembre 24 - 26, 1983, Tegucigalpa Honduras, C.A.

(\*\*) Ginecólogo de la Unidad de Patología Cervical (Liga contra el Cáncer S.P.S., Gineco-Obstetra de Emergencia del Hospital "Leonardo Martínez V." S.P.S.).

Insitu. El 2.63o/o de 12,500 pacientes presentan patología cervical, como información adicional hay registrados 117 cánceres cervicouterinos invasores 0.94o/o, para un total de 3.27o/o de pacientes con patología.

Hemos analizado factores epidemiológicos que sitúan a la paciente en una categoría de alto riesgo.

TABLA No. 2

## EVALUACION DE EDAD, RELACIONES SEXUALES Y MULTIPARIDAD EN PATOLOGIA CERVICAL

	EDAD	R. S.	MULTI- PARIDAD
N.I.C. - I	19 - 64	14 - 30	1 - 13
N.I.C. - II	16 - 48	11 - 23	1 - 15
N.I.C. - III	22 - 49	13 - 25	1 - 15
C.A. INSITU	22 - 72	13 - 20	2 - 18

Una historia de comienzo de actividad sexual temprana, de embarazos múltiples y el contacto con compañeros sexuales también múltiples, son factores de riesgo en Neoplasias Cervicales (16). El 42o/o de estas pacientes son de unión libre y han tenido mas de un marido, en la tabla No. 2, la mayor multiparidad se registró en C.A. Insitu, la menor edad para el inicio de actividad sexual fue de 11 años en displasias moderadas y la menor edad en pacientes con NIC fue de 16 años, si bien es cierto que la frecuencia de cáncer cervico-uterino tiende a disminuir a mayor edad, para dar paso a cáncer de Endometrio y ovario, nosotros detectamos cáncer Insitu en pacientes hasta de 72 años. No hay edad para negarle un Papanicolaou a una paciente.

EN LA CORRELACIÓN HISTOLÓGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN N.I.C. GI 91-0.73o/o, tomamos como base el diagnóstico final, esto es el estudio histológico.

TABLA No. 3

## CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: DISPLASIAS LEVES 91-0.73o/o N.I.C. GI

HISTOLOGIA	CITOLOGIA	COLPOSCOPIA
III A No. 91	PAP II 8 - 9o/o III A 67 - 74o/o III B 11 - 12 D. S. 4 - 4 PAP IV 1 - 1	ZTA 87 - 96o/o INF 4 - 4o/o
	91 - 100o/o	91 - 100o/o

Analizamos el informe ortológico y los cambios colposcópicos atípicos encontrados, en donde tenemos 8 pacientes 9o/o de falsos negativos por citología y hubo una buena correlación en 67 casos 74o/o, sin embargo en 16 pacientes 17o/o la lesión fue mayor por informe citológico.

En el estudio colposcópico había ZTA (Zona de transformación atípica, es la transformación metaplásica que da origen a un nuevo epitelio escamoso vulnerable a agentes genéticos "Cancerígenos", cuya población celular total de algún modo haya adquirido un potencial neoplásico (5). En el 96o/o la colposcopia fue positiva, en el 4o/o fue descrita como un proceso inflamatorio, el informe histológico rebeló que en 4 pacientes había Displasia leve.

EN DISPLASIAS MODERADAS CON DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO No. 103-0.82o/o, encontramos 7 falsos negativos 7o/o por citología.

TABLA No. 4

## CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: DISPLASIAS MODERADAS

N. I. C. G II		No. 103 - 0.82o/o			
HISTOLOGICA	CITOLOGIA	COLPOSCOPIA			
	No.	o/o	No.	o/o	
No. 103	PAP II 7	7	ZTA 97	94	
	III A 60	58	INF 6	6	
	III B 35	34			
	PAP IV 1	1			
	103	100	103	100	

La lesión fue menor 60 casos 58o/o la histología informó displasia modérala, esto demuestra que la citología no hace diagnóstico definitivo, orienta al clínico y al Patólogo de la futura lesión a encontrar, en el 34o/o (35 pacientes) la correlación citohistológica fue igual y fue mayor el informe citológico en el 1o/o (1 caso). La colposcopia fue positiva en el 94o/o (No. 97 pacientes) en el 6o/o (6 casos) se describió un proceso inflamatorio. Falsos negativos colposcópico son dados por la lesión preclínica, puede estar localizada en la parte alta del canal cervical, porque haya una cervicovaginitis aguda (tricomonas) asociada con una NIC, que sangra dificultando o enmascarando la verdadera imagen atípica, finalmente los cuellos de las pacientes con neoplasias cervicales, la ZT (Zona de transformación) tiende a retraerse al canal endocervical y el cuello pierde elasticidad (M Coppleson Abril 1974) (5), partiendo de estas bases rutinariamente practicamos curetaje endocervical.

EN DISPLASIAS SEVERAS N.I.C. Gilí No. 73 - 0.600/0 CON DIAGNOSTICO DEFINITIVO HISTOLÓGICO, esto es biopsia dirigida, se registraron 7o/o (5 casos), con informe citológico falso negativo.

**TABLA No. 5**

**CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: DISPLASIAS SEVERAS**

N.I.C. G III No. 73 - 0.60o/o

HISTOLOGIA	CITOLOGIA		COLPOSCOPIA	
	No.	o/o	N	No. o/o
No. 73	PAP III	5	7	ZTA 72 99
	III A	25	34	INF 1 1
	III B	19	26	
	DS	19	26	
	PAP IV	5	7	
		73	100	73 100

En el 600/0 - 44 casos, el informe citológico fue menor a los cambios histológicos revelados en la biopsia. Hubo muy buena correlación en el 26o/o (19 casos) y en el 7o/o - 5 casos la citología reportó PAP IV sospechoso de cáncer. El estudio col-

poscópico fue positivo en el 99o/o - 77 casos y encontramos un falso negativo 1o/o, descrito como un proceso inflamatorio.

60 CASOS DE CÁNCER INSITU 0.48o/o CON DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO se encontraron 3 casos (5o/o) de falsos negativos por citología, en 31 casos 52o/o el infjrme citológico dio una lesión menor, al patólogo se le hace difícil hacer la diferenciación entre displasia severa y C.A. Insitu, pero el compromiso total del espesor del epitelio hace la diferencia, en 26 casos 43o/o se informó sospecha de cáncer.- La coposcopia reveló 1000/0 de positividad lo que demuestra que cuanto mayor son los cambios histológicos mayor es la magnitud de las imágenes atípicas vistas al colposcopio.

**TABLA No. 6**

**CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: CANCER INSITU**

No. 60 - 0.48o/o

HISTOLOGICA	CITOLOGICA		COLPOSCOPIA	
	No.	o/o	No.	o/o
No. 60	PAP			
No. 60	PAP II	3	5	ZTA 60 100
	III A	16	27	
	III B	8	13	
	D. S.	7	12	
	PAP IV	26	43	
		60	100	60 100

FALSOS NEGATIVOS POR CITOLOGÍA EN UN TOTAL DE 327 CASOS DE N.I.C, fue del 7o/o (tabla 7), el mayor porcentaje fue para NIC GI (Displasia leve).

**TABLA No. 7**

**FALSOS NEGATIVOS EN CITOLOGIA**

	No.	No.	o/o
III A	91	8	
III B	103	7	
D. S.	73	5	
C. A. INSITU	60	3	
	327	23	7



El porcentaje de error para la citología aún con muy buena tecnología es del 8 - 10o/o, cuando se hace el estudio citológico y cópico en forma conjunta el porcentaje de error es del 2o/o y los resultados positivos el 98o/o (5), de allí la importancia de hacer uso de ambos procedimientos para obtener mejores resultados en la investigación y detección precoz de patología cervical (M. Copplesson E. Píxley, B. Reid abril 1974).

**FALSOS POSITIVOS EN CITOLOGÍA**, somos honestos en informar, que no todas las pacientes que tienen una citología negativa le practicamos colposcopia, por razones de tiempo, volumen de consultantes, pero en ciertas circunstancias que tenemos un cuello sospechoso lo investigamos con el uso de la colposcopia.

TABLA No. 8

## FALSOS POSITIVOS EN CITOLOGIA

	No.	No.	o/o
III A	109	18	17
III B	103		
D. S.	73		
C. A. INSITU	60		
	345		5

Encontramos en 345 casos 5o/o de falsos positivos por informe citológico, registrándose en 18 pacientes con sospecha de displasia leve, la histología diagnóstica cervicitis crónica.

**ERROR EN COLPOSCOPIA**. En Norteamérica, Alemania, Australia, Chile, el porcentaje de error en el estudio cópico de NIC es del 0 - 7o/o nuestra propia estadística es del 3o/o.

Resultados positivos son del 97o/o, hemos tenido el 12o/o de error en citología, 82o/o de resultados positivos en los informes citológicos, con el estudio complementario de la colposcopia nuestra estadística general es del 97o/o de resultados positivos,

**CONCLUSIÓN**

En 3 años hemos practicado una evaluación, de nuestra experiencia en la pesquisa de patología cervical en la Liga contra el Cáncer de San Pedro Sula, analizando los errores de citología, colposcopia en

TABLA No. 9  
ERROR EN COLPOSCOPIA

	No.	No.	o/o
III A	91	4	
III B	103	6	
D. S.	73	1	
C. A. INSITU	60	0	
	327	11	3

relación al diagnóstico histológico en 327 casos, los falsos negativos por citología son del 7o/o, los falsos positivos de papanicolaou 5o/o, el porcentaje de error en colposcopia es del 3o/o, lo que al final de hacer este trabajo aunque sean pocos casos nos da satisfacción y optimismo de seguir adelante, hemos sido agresivos con pacientes portadoras de una displasia leve por informe citológico, complementamos de inmediato la investigación porque la experiencia nos ha enseñado, que la citología no define diagnóstico y es así como no hemos caído en el error de dar tratamiento a NIC GI y citarla en 1-2-3 meses después para nuevo control, probablemente sea la única oportunidad que tengamos de ver al paciente y nuestro informe que damos a la población médica, en este trabajo nos dice que 60 casos de displasia leve resultaron ser displasia moderada; 25 pacientes con displasia leve resultaron tener displasia severa y 16 casos con informe citológico de displasia leve, el estudio histológico reportó cáncer insitu.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Arthur I. Spriggs  
Evolución natural de la displasia cervical, Pag. 65-75,  
vol. 1 - 1981 Gynecol-Obstet.
- 2) Aníbal Scareila C, Fernando Sandoval, Julio Urutia  
M., Patricio Masoli.  
Consideraciones generales sobre el uso de la Colpos-  
copia. XVI Congreso Chileno de G. y O. 1975 -Pag.  
43.
- 3) Barrie Anderson  
Tratamiento de la Neoplasia Cervical temprana Pags.  
837-852 Dic. 1977 ObstetandGynecol.
- 4) Carlos Aberto Porta, Arnaldo La Greca, Mario S.  
Palermo.  
Sistematización de los planes de detección en patolo-  
gía Cervical XVI Congreso Chileno de G. y O. Pag. 41
- 5) M. Coppleson - E. Pixley - B. Reid  
Tratado de Colposcopia abril 1974.
- 6) Dvane E. Townsend M.C.- Ralph M. Richard, M.D.  
Can Colposcopy Replace conization vol. 32 No. 2  
March-Apr. 1982.
- 7) Edmund R. Novak — Georgeanna Seegar Jones,  
Howard W. Jones Jr. Pag. 239-280 Tratado de Gine-  
cología novena edición.
- 8) George R. Huggins  
Neoplasias y anticonceptivos hormonales Pag. 911-  
931 vol. 8 - 1981 Obstet and Gynecol.
- 9) Gerard Salvin, Elizabeth Hudson,  
Cambios epiteliales en el cuello uterino, Correlación  
citológica e histológica Pag. 51-62 vol. 1 - 1981.  
Gynecol - Obstet.
- 10) Harry Gordon — Reacción del clínico ante el frotis  
anormal Pag. 79-87 vol. 1 1981 - Gynecol Obstet.
- 11) John W. Harris — Orientation antes del embarazo en  
caso de enfermedades premalignas y malignas -  
Gynecol-Obstet vol. 1 -1982.
- 12) Joseph A. Jordán - Dr. Albert Singer  
Tratamiento de la enfermedad cervical premaligna  
Vol. 3 1978 pag. 629-654.
- 13) Ponjola Coney M.D. - Leslie A. Walton M.D. - David  
A. Edelman PhD. and Wesley C. Fowler Jr. M.  
Cryosurgical Treatment of early cervical intraepithe-  
lial neoplasia Vol. 62 No. 4 Oct. 1983.
- 14) P. Toledo, J. Iglesias, O. Salas, J. Amagada, A. Oli-  
vares.  
Condilomas acuminados y su probable relación con  
Neoplasia intraepitelial del cuello uterino.  
XVIn Congreso Chileno de G. y O. Pag. 94 - 1980
- 15) Ralph M. Richart  
Técnicas de Selección para Neoplasia Cervical Pag.  
721-749 Obstet and Gynecol vol. 3 1979.
- 16) S. Lizana, C. Arias, G. Perira, R. Mendoza y P. Ro-  
dríguez. Relación entre paridad iniciación de la activi-  
dad sexual y aparición de C.A. CU. XVIII Congreso  
Chileno de G. y O. Pag. 97 tomo II.

## FUNDAMENTOS EN LA ENTREVISTA AL ENFERMO ALCOHÓLICO

*Dr.: Octavio R. Sánchez Midence.\**

### INTRODUCCIÓN:

Todo Médico General en el curso de su ejercicio profesional ha sido y seguirá siendo consultado para atender un enfermo alcohólico y, en cada ocasión, ha sentido el desafío a su seguridad de acción y efectividad profesional y el incremento de su angustia individual a medida que la reincidencia en la ingesta por el enfermo alcohólico, lo involucra hasta convertirlo en testigo impotente del deterioro psicosociobiológico y hace visibles sus limitaciones conceptuales en su manejo.

En esta oportunidad pretendo compartir con los colegas interesados en explorar en la terapéutica del alcohólico y el alcoholismo, la vivencia que se ha estructurado gracias al trabajo diario en la Unidad de Alcoholismo del Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita", tanto con el enfermo alcohólico como con sus familiares, parientes, amigos, vecinos, patronos, clientes, etc.

Esta experiencia de un poco más de dos años continuos hasta la fecha, recoge también el esfuerzo profesional y humano del equipo institucional y el de los mismos pacientes por lograr la recuperación integral en esta enfermedad, para beneficiarse a sí mismos y a la sociedad que compartimos. Hoy queremos compartir con el gremio médico, que en el marco de referencia de nuestra labor, nos hemos enterado afortunadamente de nuestras limitaciones principalmente cuando a través de abordajes simplistas, hemos intentado resolver de un toque el problema del alcohólico o caemos en la fantasía tentadora de atribuirnos el milagro de la curación.

---

\* Médico Psiquiatra  
Jefe de la Unidad de Alcoholismo  
Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita"  
Honduras, C. A.

En cada persona que padece alcoholismo es importante recordar que estamos observando un proceso | histórico individual, progresivo e irreversible, que en cada episodio ético actualiza y muestra con macabro esplendor la crisis individual y social de los valores, normas y actitudes relacionadas con el uso y abuso de las bebidas alcohólicas. Esperanzadoramente la experiencia universal e histórica en este campo indica que el proceso del alcoholismo de cada sociedad y sus integrantes, es susceptible de ser modificado en el plano general cuando se abandonan las excusas culturales que tienden a "normalizar" la bebida y los mecanismos fiscalizadores de consumo y producción; y en el plano individual se logran importantes resultados desde que el enfermo reconoce su impotencia ante el alcohol, admite incondicionalmente las estrategias para ayudarlo y se compromete activamente con ellas, y sobre todo, cuando aprende a reestructurar la realidad que lo circunda fundamentándose en el ejercicio constante de su libertad para abstenerse.

Tomando en cuenta que cada alcohólico es persona que participa en la integración de nuestra sociedad que a su vez integra, estará sometido al cambio social y obligado a responder a éste con conductas y actitudes realmente impredecibles. Ello hace importante que compartamos la experiencia que hemos logrado en las observaciones repetidas de la familia, el enfermo alcohólico y el médico, que se suceden al trabajar en el campo del Alcoholismo en Honduras.

### LA FAMILIA:

Salvo algunas excepciones relacionadas con intolerancia educativa o religiosa al uso o abuso de bebidas alcohólicas en el seno familiar, la mayoría de las familias hondureñas sólo recurren al tratamiento del miembro alcohólico cuando su crisis ética

se caracteriza por embriaguez continua mayor de diez días, que ya ha afectado la economía del hogar y está alterando seriamente la estabilidad laboral del paciente, su integridad física, y ya interfiere en la actividad cotidiana de los otros miembros del grupo familiar. El acceso por voluntad familiar se sucede cuando el desajuste psicosociobiológico es objetivizado por la mayoría y puede ser atribuido linealmente a la ingesta abusiva de las bebidas alcohólicas.

Aunque el número de acompañantes del alcohólico a su hospitalización puede relacionarse directamente con la importancia de su rol en el seno familiar, deben considerarse variables diversas como la distancia entre el hogar del alcohólico y el hospital, costo del transporte hasta la Unidad de Alcoholismo, antecedentes familiares de cooperación terapéutica, frecuencia y gravedad de las crisis étlicas, escepticismo familiar al tratamiento y la recíproca negación a la colaboración entre el alcohólico y su familia.

A veces un único familiar acompañante puede representar tanto un ejemplo de sensibilidad real ante el problema como una simple reafirmación de su autoridad, e incluso una mezcla de ambas representaciones. La hospitalización del alcohólico puede significar tanto el deseo manifiesto en ayudarlo en su recuperación como el rechazo hostil a su condición alcohólica considerada agresiva por su familia.

Ante cada grupo familiar acompañante o sus representantes es útil intentar en cada contacto inicial o subsiguiente el diseño estructural del sistema familiar y de los subsistemas que contiene, investigar la ubicación de nuestro enfermo en ellos y determinar los límites de relación intrínseca y extrínseca de ese sistema. Con este esquema primordial podremos tener una idea básica de la organización funcional de la familia y su definición de las relaciones. Esto nos permitirá una visión panorámica y dinámica de la capacidad familiar de adaptación a circunstancias cambiantes sin perder la continuidad y el ritmo de crecimiento psicosocial de cada uno de sus miembros.

Cada familia debe funcionar como un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación

cuyo desarrollo va desplazándose a travez de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración dinámica ante el cambio que se orienta desde la sociedad a la que pertenece.

Las familias de nuestros pacientes poseen, en su mayoría, subsistemas aglutinados con visos de permanencia principalmente alrededor de la madre y colocando al padre en situación periférica, sea porque en nuestra sociedad su presencia se torna ocasional debido a su irresponsabilidad paterna o porque ya ha sido sepultada la aceptación de la interdependencia funcional del padre y la madre para operar como equipo.

Es común que cuando el paciente tenga vida conyugal, la influencia protectora de la madre y el estilo transaccional de aglutinamiento familiar interfieran en el crecimiento psicosocial de la pareja, y asfixie sus potencialidades de adaptación al cambio.

Con intensidad variable, esta interferencia la hemos sentido durante el tratamiento de todos y cada uno de nuestros pacientes, en forma abierta o encubierta, sea porque se intente delinearlos el esquema terapéutico a seguir; por boicot al tratamiento intrahospitalario solicitando concesiones especiales e incluso introduciendo clandestinamente remedios careros y hasta bebidas alcohólicas; por exigencias terminantes de prolongar o acortar la hospitalización basada en la falsificación exagerada de los datos históricos y actuales del alcoholismo y su contexto.

Un episodio de etilismo que requiera intervención médica siempre muestra a una familia en crisis, y desde su inicio al final nos revela en apretada síntesis su capacidad de adaptación a las circunstancias adversas. En algunos casos, es la abstinencia del paciente la que provoca la crisis familiar al desequilibrarse el sistema que le tiene identificado e incorporado como enfermo irrecuperable. En la observación de la dinámica de este proceso podremos identificar importantes elementos estratégicos para estimular el cambio y la colaboración familiar en la terapia del alcohólico.

Gran parte de las actitudes observadas en las familias de nuestros pacientes son derivados del éxito o fracasos anteriores en las intervenciones familiares

por ayudarles a abstenerse sin menoscabo del sistema. Cuando la abstinencia del paciente no es amenazante a la homeostasis del grupo familiar y ha sido prolongada y productiva para todos, más pronta y amplia será la actitud familiar por un rápido internamiento y cooperación en las estrategias del terapeuta.

La familia colaboradora se logra a través del cambio en sus actitudes promovida por el médico mismo al informarla, apoyarla oportunamente en cada crisis y desarrollar un sentimiento de intimidad ética en su problema. Cuando hemos llegado a este punto, las familias han adquirido confianza de que su paciente será atendido en nuestra Unidad de Alcoholismo si ellos colaboran en no permitir que la crisis se prolongue hasta afectar psicosocialmente el sistema familiar. En muchos de nuestros pacientes atendidos se ha logrado frenar la evolución de su alcoholismo o modificado en su desarrollo galopante haciendo, con la familia, que las crisis sean cortas, que el deterioro físico sea mínimo, el impacto sociolaboral sea leve, el período de hospitalización sea breve y menos costoso, y poco a poco el enfermo alcohólico adquiera sentido de participación y compromiso en la importancia concedida a su problema.

#### EL ALCOHÓLICO:

El alcoholismo individual subsidiario de atención facultativa muestra la unidad de la síntesis y la expresión. La síntesis de la forma individual de integrar la relación dinámica de múltiples factores vivenciales en sociedad que, actuando sobre la estructura psicobiológica del individuo susceptible, encuentra su expresión en el alcoholismo particular en influencia en la homeostasis del entorno familiar y social que lo retroalimenta.

Es una pregunta corriente de parte de quien usa o abusa de las bebidas alcohólicas: "Quién es un alcohólico?", y la respuesta puede ser: "Quién acepta que lo es". Generalmente, es la preocupación del bebedor que ya intuye que las bebidas alcohólicas representan algo importante en su vida, pero se está convirtiendo en obstáculo objetivo en su funcionamiento individual.

Otras veces no es necesario que lo advierta para que el médico se lo haga conocer. Mansell Pattison señala: "La persona puede buscar al médico para que atienda COMPLICACIONES importantes del abuso de bebidas alcohólicas, como trastornos hepáticos, cardíacos, dermatológicos o neurológicos periféricos. De manera consciente no relacionan su enfermedad médica con el abuso alcohólico. Un segundo grupo acude al médico por las CONSECUENCIAS graves del alcoholismo, fracturas y traumatismos causados por caídas, quemaduras o parálisis periféricas sufridas cuando están en la inconsciencia alcohólica, o diversos síndromes cerebrales agudos o crónicos. Dichos pacientes pueden reconocer que sus problemas médicos guardan relación directa con su etilismo pero no se quejan de él. Un tercer grupo reconoce los problemas con su ingesta y pueden acudir al médico por ello pero DISFRAN su situación a través de molestias somáticas como insomnio, nerviosidad, temblores, ansiedad, anorexia, dispepsia y otras." (1)

Para nosotros, en la Unidad de Alcoholismo, el enfermo alcohólico se define a sí mismo como una persona que ingiere bebidas alcohólicas y considera necesaria la intervención médica: razón de su presencia y solicitud en el hospital. Esta apertura institucional en un paciente tradición al mente rechazado provoca sus ambivalencias hacia su tratamiento y decisión de aceptarlo, recurriendo frecuentemente a establecer condiciones propias sobre la manera en que debe tratarse médicamente.

Si como cita Naveillan "en las diferentes comunicaciones científicas relativas al alcoholismo, muchas veces se suele emplear este término con acepciones muy distintas entre sí, de modo que se dificulta la formulación de conclusiones con validez universal" es esperable que suceda, como en realidad ocurre en nuestro caso, una variada gama de conceptos manejados por el paciente en relación a su enfermedad y problemas atribuibles a ésta.(2)

Usualmente nuestros pacientes consideran que su alcoholismo es un suceso que se caracteriza por la ingesta continua de bebidas alcohólicas que afecta su función cotidiana y se vuelve problema por su incapacidad de determinarse una vez iniciada. Su experiencia hospitalaria es la principal motiva-

ción para buscar atención médica como único recurso para detener con seguridad la ingesta.

Otros consideran como alcoholismo la aparición de síntomas y signos relacionados con la ingesta etílica, los que al desaparecer dan por concluida la enfermedad.

Algunos sólo hacen relación con su incapacidad productiva durante la crisis temporal sin contemplar el costo social de estas.

Una vez que se cumple con la fase inicial de desintoxicación, el paciente puede estar en la condición ideal para analizar con él los problemas relacionados con el consumo del alcohol recalando que no sólo afectan al bebedor en particular sino también a la familia y a la sociedad en general (3).

En esta fase el mismo paciente ayuda a delinear su personal historia acentuando los momentos críticos de alcoholismo y la relación de las consecuencias de los problemas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS(3) así:

1.- CONSECUENCIAS DE UN EPISODIO AGUDO DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: Menoscabo a corto plazo del funcionamiento y control personales: agresividad, accidentes, exposición a las condiciones meteorológicas, trastornos físicos, arrestos policiales por estado de embriaguez.

2.- CONSECUENCIAS DEL BEBER EXCESIVO POR UN TIEMPO PROLONGADO: Cirrosis hepática, agudización de otros trastornos físicos, malnutrición, menoscabo prolongado del funcionamiento y control personal, accidentes, deterioro de la capacidad de trabajo, síndrome de dependencia del alcohol y psicosis alcohólica.

3.- POSIBLES CIRCUNSTANCIAS CONCOMITANTES: Pérdida de amigos, familia, salud, autoestima, empleo, medios de mantenimiento y libertad.

4.- REPERCUSIONES DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL PARA LA FAMILIA: Disolución de la familia: discordia conyugal, maltrato del cónyuge y los hijos, pérdida de la estima para el bebedor. Trastornos mentales, pobreza, lesiones

fetales causadas por consumo excesivo de alcohol por la madre, descuido de los niños, problemas de desarrollo infantil, deserción escolar, embriaguez y delincuencia juveniles.

5.- REPERCUSIONES DEL USO INDEBIDO DE ALCOHOL PARA LA COMUNIDAD: Conducta ofensiva, violencia, daño a la propiedad, daños a víctimas causados por conductores embriagados; pérdidas en la producción: en la finca, en la fábrica, ineficacia administrativa, pérdida de personal especializado (muerte prematura); costo de recursos humanos y costos económicos y de servicios (salud, bienestar, cumplimiento de la ley) para el bebedor, la familia y otras personas afectadas.

Paralelo a esta Fase Psicoterapéutica el paciente comienza a asistir al Grupo Institucional de Alcohólicos Anónimos "Mi última esperanza" que sesiona cada noche en su propio local dentro de la Unidad de Alcoholismo y donde se trabaja en coordinación con el Comité respectivo de la Oficina de Servicios Generales de AH.- Otros componentes de la estructura de Servicio de A.A. tiene sus propios Comités de Apadrinamiento que se encargan de la orientación del enfermo alcohólico hacia sus propios grupos de acuerdo a la zona de residencia del paciente.

En la Fase de Rehabilitación, eminentemente extrahospitalaria, el paciente concurre a la Consulta de Alcoholismo para evaluar conjuntamente con el médico sus progresos en aquellas áreas previas y conjuntamente identificadas como conflictivas, concurrendo mensualmente con el psiquiatra y diariamente a sus sesiones de A.A. del grupo escogido.

#### EL MEDICO:

Una vez efectuado el reconocimiento médico del paciente alcohólico y habiéndose diferenciado otras entidades nosológicas que a los ojos del lego se manifiestan como embriaguez sobre todo cuando se acompañan del característico olor a alcohol, es importante buscar la coincidencia de la impresión inicial con los datos históricobiográficos brindados preferiblemente por los acompañantes del enfermo. Sólo hasta entonces debemos pensar que tenemos en nuestras manos un enfermo alcohólico

para tratamiento, y en su caso también deberemos aplicar nuestras bases éticas de conocer al paciente como persona, obligándonos a analizar en forma científica su problema, a ayudarlo en la toma de decisiones más convenientes para su vida y su enfermedad, a informarlo sobre su tratamiento, a ser su maestro y amigo, y a superar el desafío que impone a nuestras particulares limitaciones el problema alcohólico del paciente. (4)

Para garantizarse una mayor efectividad terapéutica conviene entonces al médico revisar las bases conceptuales del alcoholismo, los diseños de abordaje ante el problema, el ordenamiento de los elementos sociofamiliares del contexto y de sus relaciones con el paciente, los particulares esquemas imaginados por el médico en cada caso y su impacto en el médico mismo durante el tratamiento.

Es axiomático que en este campo de la medicina también detrás de la enfermedad hay un enfermo, y detrás de cada enfermo alcohólico hay un grupo de personas afectadas directa o indirectamente por el problema, incluyendo al médico que acepta la responsabilidad de atenderlo. Es esperable, entonces que en la interacción se teja una fina e intrincada red que relaciona la más amplia gama de personalidades, características, actitudes, intereses y conflictos individuales entremezclados no solo en el preámbulo y durante la crisis del alcohólico sino como parte de las contradicciones que surgirán en cada miembro del grupo familiar al lograrse la anhelada abstinencia del paciente.

En nuestro medio la impotencia del alcohólico ante su alcoholismo también consume a la familia y va progresivamente amenazando con engullir al médico tratante si este sólo cuenta con herramientas farmacobiológicas en su plan terapéutico. Como el Rey Midas el enfermo alcohólico impotente ante su alcoholismo torna impotente todo lo que con él se relaciona, y de los fracasos ha surgido una mitología de que "no es posible ayudar al alcohólico que no quiere ayuda". Tal impresión generalizada se basa en el desconocimiento de que aunque el alcohólico tiene un poderoso sistema de negación, lo que aunque cierto es solo aparente y como dice

Mansell: "es superficial, por temor a que se le estigmatice, se critique, rechace, o no se le conceda importancia a su problema". (1)

El médico ante cada caso puede estructurar sus estrategias terapéuticas apoyándose en la diferenciación entre el alcoholismo universal y el particular del paciente; entre el presente episodio etílico y su ubicación histórica en la evolución del alcoholismo del paciente; entre este episodio y los anteriores; entre la actitud del paciente y sus familiares ahora y entonces; y entre su propia actitud terapéutica antes, durante, y después de cada intervención y cada paciente.

En el fortalecimiento y definición tácita de la relación médico-Paciente alcohólico y familia, se encuentra la base del tratamiento del alcohólico sobretodo si el médico, habiendo superado sus propios sistemas de negaciones ante el alcohólico, se interesa en conocer, comprender y comprometerse con el tratamiento del problema.

Cari Whitaker en su terapia estructural de la familia señala que no se debe ignorar al individuo: "el presente del individuo es su pasado más sus circunstancias actuales. Una parte de su pasado sobrevivirá siempre, contenido y modificado por las interacciones actuales".

Creo que en la medida en que el médico se dedique al tratamiento del alcoholismo modificará sus actitudes ante el alcohólico y el alcoholismo, conocerá que la disfunción más importante en la vida de los médicos es el abuso del alcohol, (5), y que por ello" el médico que concede poca importancia al etilismo de un paciente porque es similar al propio, en realidad lo perjudica y al mismo tiempo se perjudica". (1)

Es importante que el médico estimule al paciente a enterarse de su responsabilidad personal e imprescindible participación y compromiso por su recuperación, pero también es importante que el propio médico que ingiere lo haga consigo. Nuestro mayor deseo es que eso suceda.

---

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Mansell, E.: "Tratamiento del alcoholismo en la práctica médica", Clin. Med. de N.A., Julio 1977.
- 2.- Naveillan, P.: "Sobre el concepto de alcoholismo", Bol. Of. Sanit. Panam. 91(4), 1981.
- 3.- O.M.S.: "Consumo de alcohol y problemas afines" Documento básico para las Discusiones Técnicas, 35a Asamblea Mundial de la Salud, 1981.
- 4.- Patterson, Ch.: "Etica Profesional", Clin. Med. de N.A., Julio 1977.
- 5.- Vaillant, G.E.: "Some psychologic vulnerabilities of physicians", en (1)



## DILATACIÓN CONGENITA DE VÍAS BILIARES: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

*Dr. Samuel F. García D. \* Dr. J. Joaquín Rosales\*\*  
Dr. Nahin Ramos\*\*\**

### INTRODUCCIÓN

La patología de vías biliares en el niño es poco conocida. En nuestro ejercicio, hemos tenido oportunidad de tratar varios pacientes pediátricos por problemas quirúrgicos de las vías biliares como Ruptura Espontánea de vías biliares, Atresia, Colecistitis Aguda, Colecistitis Calculosa, Ascaris en Vías Biliares y Dilatación Congénita de Vías Biliares llamada también Quiste Congénito de Colédoco o Pseudo quiste de Colédoco. Este último grupo de pacientes constituyen un grupo con evolución variable y con una historia clínica raras veces típica.

El objeto del presente trabajo es comunicar en nuestra literatura médica la existencia de la dilatación congénita de Vías Biliares, publicar el resumen de uno de los seis casos que hemos tratado, y señalar los aspectos más importantes de esta entidad.

### RESUMEN CASO CLÍNICO

Paciente: L.C.R., Expediente: 05 27 54, Edad: 12 años, Sexo: Femenino, Raza: mestiza, Ocupación: Escolar, Procedencia: Morocelí, El Paraíso, Fecha de Ingreso: 21 de Octubre de 1982 al Servicio de Terapia, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela SP: "Inflamación del Estómago".

H.E.A.: Su cuadro tiene tres meses de evolución con tumoración abdominal redondeada que al inicio fue descrita de más o menos dos centímetros de diámetro a nivel de hipocondrio derecho, no dolorosa, sin cambios inflamatorios, notándose creci-

miento progresivo alcanzando ocho centímetros de diámetro. Su cuadro se agravó varios días atrás al presentar dolor poco intenso, además tinte amarillo en esclerótica y piel no tan intenso.

Hospitalizaciones anteriores: A los 13 meses de edad por artritis séptica en cadera derecha. Demás antecedentes no contribuyentes. Al examen físico se encontró peso de 26.5 kg., peso ideal 39 kg. Ojos: tinte icterico ++; cardiopulmonar normal. Abdomen: asimétrico a la simple inspección, por la presencia de tumoración a nivel de hipocondrio derecho; redondeada mas o menos 8 cms. de diámetro, superficie lisa, bordes regular, blanda y fluctuante en el centro; ligeramente dolorosa, pero sin signos inflamatorios en piel. Sigue los movimientos respiratorios, desaparece escasamente a la contractura muscular, dicha tumoración hace cuerpo con el hígado, los diagnósticos de ingreso:

1. Hepatomegalia secundaria.
  - a. Abscesos hepático amebiano
  - b. Quiste hepático.

Revisado en sala planteándose la posibilidad de un quiste hepático contra quiste de colédoco.

01-11-82 - Evaluado por Cirujano Pediatra; este concluye en una dilatación congénita del colédoco.

Exámenes más importantes practicados: Hematológico: HT: 42 Vol. o/o HB: 14 Gr. G.B.: 6.600 N: 38o/o E: 14o/o L: 48o/o Plaq: NL TP y TPT normales. Química: Glicemia: 87 mg. BUN: 10 Prot: 7.1 gr. BT: 1.4 mg BI: 0.5 mg. BD: 0.9 mg TGO: 29 u. TGP: 11 u. DHL: 320 u. Colecistografía oral: vesícula no concentró. Colangiografía I.V.: no concluyente - tumor intrahepático comprimiendo el cístico. Motilidad de cúp-

\* Cirujano Pediatra, Hospital Escuela \*\*  
R3 Cirugía General, Hospital Escuela \*\*\*  
R2 Pediatría, Hospital Escuela

las: normales. Pielograma: normal, ambos riñones pero hay compresión del uréter derecho. Ultrasonido hepático: asa enorme con características líquidas, contornos nítidos con dimensiones 11 x 10 x 9.; diagnóstico diferencial de absceso hepático.

Después de una semana de permiso en casa, fue intervenida con el diagnóstico anteriormente mencionado, el 22 de noviembre de 1982. Operación practicada: Laparatomía transversa supra-umbilical amplia. Drenaje por aspiración del colédoco quístico, extrayendo más o menos 1,000 cc de líquido biliar. Colangeografía intra-operatoria, dilatación quística de colédoco-hepático común, no se observa conductos pancreáticos. Extirpación del colédoco hasta unión de conductos hepáticos. Extirpación de vesícula. Hepato yeyuno anastomosis con asa en Y de Roux transmesocólica isoperistáltica.

Informe Anatomía Patológica: Dilatación quística de colédoco, Vesícula con colesterosis, Conducto cístico normal. Evolución: La evolución postoperatoria fue satisfactoria y es dada de alta 22 días p.o. en buenas condiciones, viniendo a control semestral, encontrándose bien, tanto clínica como laboratorialmente, curso afebril. Al alta, química: Glucosa 79, BUN: 8.5, BT: 0.5, B.D.: 0.3, BI: 0.2.

#### DISCUSIÓN:

Este paciente ilustra un caso típico lo cual es raro. La triada clásica de dolor abdominal, ictericia y masa abdominal solo se mira en el 20o/o de los casos (8). Es más frecuente una historia de dolor abdominal sin causa aparente o ictericia intermi-

tente y masa abdominal. En Japón el síntoma más común es dolor abdominal, que se presenta en 50.9o/o de los casos, ictericia le sigue en 45.3o/o y masa abdominal en un 36.6o/o (9). Menos frecuentes y asociados a la colangitis ascendente puede haber fiebre, náuseas, vómitos, compromiso del estado general y pérdida de peso (8-9). Por lo poco frecuente que es esta patología, el diagnóstico es difícil y los pacientes generalmente van al quirófano con diagnóstico equivocado. En la serie de Yamaguchi (9) los diagnósticos preoperatorios fueron quiste de colédoco, colecistitis, colelitiasis y coledocolitiasis, tumor abdominal, ictericia obstructiva, panteritonitis, tumor retroperitoneal, quiste y/o tumor hepático, obstrucción intestinal, quiste pancreático, pancreatitis, absceso abdominal, invaginación, quiste de mesenterio y úlcera duodenal. La dilatación congénita de la vía biliar es una enfermedad rara que se encuentra predominante en la gente joven diagnosticándose el 85o/o de los casos antes de los 30 años y el 70o/o de los casos antes de los 20 años (8). Es más común en los asiáticos y en el Japón se han reportado dos tercios de los casos (6). También hay predominio del sexo femenino de 4:1. El primer caso fue reportado en 1723 por Vater (3), posteriormente varios autores han hecho revisiones y reportes, destacándose Alonso-Lej, quien en 1959 presentó la clasificación clásica de los quistes de colédoco (1). Más recientemente Yamaguchi (9) revisó 1,433 casos de la literatura Japonesa dando un nuevo enfoque al tratamiento de los quistes. Aparte de la clasificación de Alonso-Lej, otros autores entre ellos Klotz, Tondi, Tsordakar y Saïto han descrito variantes de la anatomía de los quistes y han modificado la clasificación (6). Esto ha tenido como resultado cierta confusión por lo que utilizaremos los tipos de Alonso-Lej como un patrón más sencillo y práctico, (Fig. 1).



En los casos agudos, la alteración de las pruebas de función hepática y la elevación de la amilasa sérica y la amilauria pueden servir para orientar al diagnóstico especialmente en pacientes de origen japonés u oriental. La confirmación del diagnóstico previo a la laparotomía depende de los estudios radiológicos que permiten visualizar la vía biliar. La colangiografía endovenosa, el hepatocintigrama con Rosa de Bengala o más recientemente con tecnecium, así como la ecografía y la tomografía axial computerizada en manos expertas son de valor para hacer el diagnóstico (6-8-9). La colangiografía transoperatoria realizada durante una colecistectomía puede revelar la presencia de un quiste antes no sospechada y se recomienda especialmente cuando se encuentra una vesícula calculosa (6). También sirve para identificación de la desembocadura del Wirsung, necesaria cuando se hace una resección del quiste.

La teoría generalmente aceptada en cuanto al origen de los quistes es la propuesta por Yatuyanagi (7-8) quien postula que para la formación de los quistes es necesario la debilidad de la pared del colédoco en un segmento específico y una obstrucción distal. La debilidad se produce porque durante la fase del desarrollo cuando los conductores biliares son sólidos, existe una excesiva proliferación celular con la consecuente vacualización que deja este segmento en un estado de "prodilatación". La obs-

trucción se debe a una hipoproliferación en el segmento distal. En estudios más recientes por medio de colangiografías transoperatorias a través del quiste Swenson, Kimura (7) y Babbit (2) encontraron que en todos sus trece casos el conducto de Wirsung desembocaba en forma anormal en el quiste. Por esto, Babbit ha postulado que la debilidad de la pared es causada por el efecto de la bilis y los jugos pancreáticos sobre el epitelio y luego la pared misma del colédoco de igual forma que estos causan la lesión en el conducto pancreático que da lugar a la pancreatitis con que se ha llegado a asociar esta patología. Los quistes varían de tamaño desde 2 a 3 cms. de diámetro hasta mas gigantes que ocupan toda la cavidad abdominal y pueden contener más de litro y medio de bilis. Los tipos I, II y IV son histopatológicamente similares y consisten de una pared de grosor variable, de tejido colagenoso con fibras de músculo liso. Puede no haber mucosa o existir en grumos aislados de epitelio cilindrico o columna. El tipo LII generalmente está cubierto de mucosa duodena o mucosa similar a la vía biliar (6). El 80o/o de los pacientes de Yamaguchi (9) presentaron litiasis, la mayoría vesiculares y un alto número tuvieron cistolitiasis. También pueden presentarse en forma asociada la colangitis que es bastante frecuente y que por vía ascendente puede llegar a causar abscesos intra-hepáticos. Es importante también hacer notar la relación que existe con el cáncer que aparece 20 veces

más frecuentemente en los pacientes con quiste de colédoco que en la población normal y que en algunas señas se reportó con una incidencia de 2.4o/o y 4.7o/o (8-9). Existe también una alta incidencia con pancreatitis que se observó en todos los casos reportados por Babbitt (2), Swenson y Kimura (7).

El tipo I comprende más del 90o/o de los quistes y se caracteriza por presentar un árbol intra-hepático normal, el hepático por arriba de la dilatación es normal o levemente dilatado y el extremo distal se encuentra disminuido de calibre. El Tipo II del cual solamente hay descritos trece casos y es al que más apropiadamente se le puede llamar quiste y se presenta como una dilatación circunscrita a un área determinada e incluso puede tener un pedículo. El Tipo III es más raro aún y ha sido llamado coledococoele y que la dilatación de la porción terminal del colédoco reside dentro del lumen del duodeno. Tanto la desembocadura del colédoco como la del conducto pancreático están incluidos en el quiste. El tipo IV también llamado Enfermedad de Caroli (3) involucra la vía biliar intra y extra-hepática, o sea que corresponde al Tipo I con dilataciones intra hepáticas únicas o múltiples.

El tratamiento es quirúrgico en todos los casos ya que la mortalidad de los pacientes tratados por métodos conservadores es de cerca del 100o/o (6-8-9). La causa de muerte en pacientes con tratamiento médico son la cirrosis biliar, absceso hepático, ruptura espontánea del quiste, pancreatitis, hemorragia gastrointestinal, trombosis de la vena porta y cáncer primario del quiste (6). Hay discrepancia entre los diferentes autores en cuanto a la cirugía a realizar; algunos prefieren el drenaje interno con una derivación bili o digestiva más colecistectomía (6-7-8). Mientras que otros, abogan por la resección del quiste mas un sistema de drenaje interno (4-5-7-9). Las derivaciones usadas son la coledococistoduodenostomía, la coledococistoyeyunostomía y la hepatoeyunostomía, estas dos últimas con Y de Roux. En los casos agudos, se indica un drenaje externo con sonda de Kehr y una segunda intervención para una derivación biliodigestiva. La mortalidad independientemente de si solo se hace derivación o si se reseca el quiste varía entre el 5.2o/o y 56o/o (3-6-9). Sin embargo, el 40o/o de los pacientes con coledococistoduodenostomía necesitaron reintervención por recurrencia de síntomas (6).

Flanigan (3) reportó que los pacientes con solo derivación necesitaron reintervención en un 50o/o, mientras que con extirpación del quiste solo en un 8o/o. Datos similares fueron encontrados por Yamaguchi (9) por lo cual propone que debido a la recurrencia de colangitis ascendente la alta incidencia de cistolitiasis y la creciente detección de cáncer primario del quiste, la cirugía de elección es una resección completa del quiste con una hepatoeyunostomía en Y de Roux.

### RESUMEN

La patología de vías biliares en el niño es poco conocida. Se presenta un caso de dilatación congénita de vías biliares y se comenta el mismo. El presente trabajo constituye una comunicación preliminar sobre un trabajo mayor que incluye una variada patología que afecta las vías biliares en el niño.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1).- Alonso-Lej F, Rever WB, Pesagno D.J. Congenital Choledochal Cyst with a Report of Two and An Analysis of 94 Cases. Abstract - Surg. Gynec. and Obst. 108; 1, 1959.
- 2).- Babbitt D. Starshak R. Clemett A. Choledochal Cyst; A Concept of Etiology. Am J. Surg. 119(1): 571-90
- 3).- Flanigan D. F., Biliary Cysts. Ann Surg 1975: 182; 635.
- 4).- Lily J. R. Total Excisión of Choledochal Cyst. Surg. Gynecol and Obstet 1978: 146; 254.
- 5).- Lily J. R. Surgical Treatment of Choledochal Cyst. Surg. Gynecol and Obstet 1979: 149; 36.
- 6).- Powell C. S., Sawyes J. L., Reynold V. H., Managements of Audit Choledochal Cysts. 1981; 193; 666.
- 7).- Swenson's Pediatric Surgery — Pg. 614-619, 4a. Edición 1983.
- 8).- Venegas J., Quistes Congénitos de Colidoco. XX Congreso Anual Capítulo Chileno — Colegio Americano de Cirujanos. 1976.
- 9) Yamaguchi M. Congenital Choledochal Cyst. Am. J. Surg. 1980: 140: 653.

---

# HEMATOMA EXTRADURAL EN UN NIÑO.

*Dr. Nicolás Nazar H. (\*\ Dr. L. Jovel,  
Dra. D. Lizano, Dra. A. Ordóñez(\*\*)*

## INTRODUCCIÓN:

El hematoma extradural es una colección de sangre en el espacio comprendido entre la calota craneana y la duramadre (1) (2) (4) (5) (8). Se presenta mayormente en adultos jóvenes y en niños se ve con menos frecuencia, su reconocimiento obliga a intervención quirúrgica de urgencia (1) (5) (8). Es más frecuente en la región fronto-temporo-parietal (1) (3) (5) (8). En los infantes el cuadro clínico varía con respecto al adulto ya que puede presentarse con pérdida inmediata de la conciencia, trastorno motor rápidamente progresivo, convulsiones y signos de herniación transtentorial con aparición de anisocoria y/o ptosis parpebral de presentación temprana; el intervalo de lucidez entre el trauma y la aparición de signos neurológicos focales clásicamente descrito en los adultos, puede no aparecer en lactantes menores (1) (5) (8).

En los niños lo que sí se cumple es la presencia de una fractura lineal en la región fronto-temporal, temporo-parietal o frontoparietal, o si no fractura estrellada que comprometa todos los huesos craneanos descritos e involucre el trayecto de la arteria meníngea media o sus ramas, que es la que generalmente se rompe con el traumatismo craneano, propiciando la formación de la colección hemática. (2) (8).

Como apuntamos, más frecuentemente el sangrado es arterial y en consecuencia, hay presión suficiente para que se forme el hematoma rápidamente, produciendo un despegamiento de las meninges y provocando compresión cerebral extensa y de instalación brusca, con formación de edema en el tejido cerebral y muchas veces colapso ventricular, (6) (7), con desplazamiento de las estructuras de la

línea media que propicia la herniación transtentorial o temporal, con compresión del tronco tan temida en estos casos ya que puede provocar la muerte del niño.

Con la llegada de la Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) a nuestro país, el enfoque de la patología del sistema nervioso central ha dado un giro completo, y en el campo de la urgencia neuroquirúrgica, como es el hematoma extradural, nos permite ver la localización y la extensión precisa del proceso expansivo, para decidir con seguridad el abordaje quirúrgico adecuado (2) (3) (6), tal como se demuestra en la presente publicación.

Si bien el caso no es una novedad neuroquirúrgica, esta es la primera publicación nacional al respecto. Aquí pretendemos también, ilustrar la dramática evolución del cuadro clínico en estos pacientes y las bondades de la Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) en el diagnóstico precoz y rápido, sin someter al niño a un stress y riesgo mayor, que significaría el realizar una angiografía carotídea para tomar la decisión quirúrgica de urgencia.

## CASO CLÍNICO

Paciente M.J.G.L., 15 meses de edad, masculino, procedente del Barrio Flor del Campo de Comayagua, expediente clínico A82-640-064, que ingresó al I.H.S.S. el 20 de agosto de 1984 a las 18:15 horas, con historia de haberse caído de una altura aproximada de 1 metro, golpeándose la parte izquierda del cráneo con una superficie puntiaguda, con pérdida inmediata de la conciencia seguida de vómitos alimenticios. Se niega otro tipo de sintomatología y el resto de la historia no es contribuyente.

Se recibe en el Hospital Central del I.H.S.S. referido de Clínica Periférica en estado de sopor profundo, pues solo responde a estímulos do-

---

(\*) Profesor de Semiología Neurológica U.N.A.H.-Neurocirujano del Hospital Escuela. (\*\*) Residentes de Pediatría

lorosos con movimientos incoordinados; se detecta tendencia a la rigidez espática de hemi-cuerpo derecho; advirtiéndose ptosis parpebral y anisocoria a expensas de ojo izquierdo sin respuesta a la luz, no hay nistagmus. Hay hiperreflexia osteotendinosa y babinsky positivo a derecha, también contractura de decorticación. La respiración es estertorosa y hay palidez mucocutánea importante. Signos vitales: T.=36.5°C, F.C.=140x\ P.=140x\ F.R.=36x\ Peso= 9.6kgr, Talla=77 cm. y P.C.=46.5 cm. En la cabeza hay hematoma subgaleal parieto-temporal izquierdo de aproximadamente 10 cm de diámetro, no hay otorragia, no hay rigidez de nuca. En tórax hay abundantes secreciones bronquiales.

La radiografía del cráneo muestra trazo de fractura fronto-parietal izquierda diastasada de 10 cm de longitud (ver figura No. 1), sin evidencia de hundimiento. El Laboratorio nos informa: Hb.=8.6 go/o, Hto.=26 vol.o/o, Leucocitos=19.600, N.=70o/o, L.=26o/o, E.=4o/o, Glicemia 122mgo/o, Sodio=136meq/L, Potasio=6.4 meq/L. Se procede a transfundir glóbulos rojos empacados y simultáneamente se solicita Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) de urgencia, la cual revela: presencia de hematoma subgaleal, edema cerebral importante fronto-parietal izquierdo con colapso del ventrículo ipsilateral y desplazamiento de la línea media (Ver Figura No. 2). Se ve claramente un gran proceso expansivo parietal izquierdo, hiperdenso, de forma biconcava con áreas de hipodensidad periférica de 7x5 cm. de tamaño, que es responsable del severo efecto de masa a nivel intracerebral (Ver figura No. 3), se concluye hematoma extradural.

Se decide intervenir de urgencia drenándose la colección a través de una craniectomía parietal izquierda, comprobándose que la duramadre estaba desplazada 5cm hacia adentro de la cavidad craneana, y la arteria meníngea media rota justo bajo la fractura en dos de sus ramas, que se coagularon sin problemas.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con recuperación progresiva de la conciencia en 24 horas, usando complementariamente dexametazona y manitol a dosis adecuadas, pero persistiendo el Síndrome de Weber (III par izquierdo y hemipare-

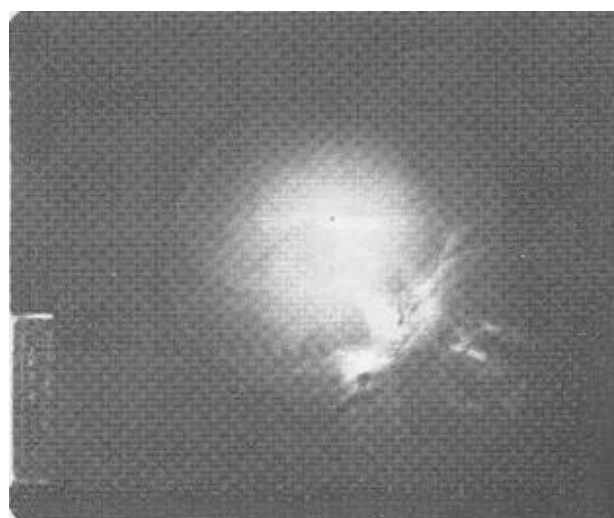
sia braquío crural derecha). El 30 de agosto de 1984 se drena colección subgaleal en el área operatoria de tipo serohemático, comprobándose la regresión total de la duramadre a su posición normal en contacto con la bóveda craneana.

Su alta se produce el 7 de septiembre de 1984 con regresión de un 60 - 70o/o de su paresia y ya habiendo iniciado tratamiento fisioterápico. El último control se realizó el 4 de octubre de 1984 con recuperación total de su función motora de miembros y del III par izquierdo.

#### RESUMEN

Se presenta un paciente de 15 meses, masculino, portador de un hematoma extradural parietal izquierdo y su evolución clínica, desde la pérdida súbita de conciencia con el traumatismo hasta manifestar signos de compresión de tronco cerebral. Se hace diagnóstico con T.A.C. y se comprueba en el acto quirúrgico la ruptura de dos ramas de la arteria meníngea media izquierda, como causantes del hematoma. Evolución postoperatoria satisfactoria con recuperación total de su función motora. Se hace una breve reseña de la fisiopatología de la lesión.

Figura No. 1



Rx de cráneo que muestra la fractura lineal fronto parietal izquierda.

Figura No. 2  
Tomografía axial computarizada que muestra el edema cerebral, el colapso ventricular y parte de la elevación extradural izquierda.

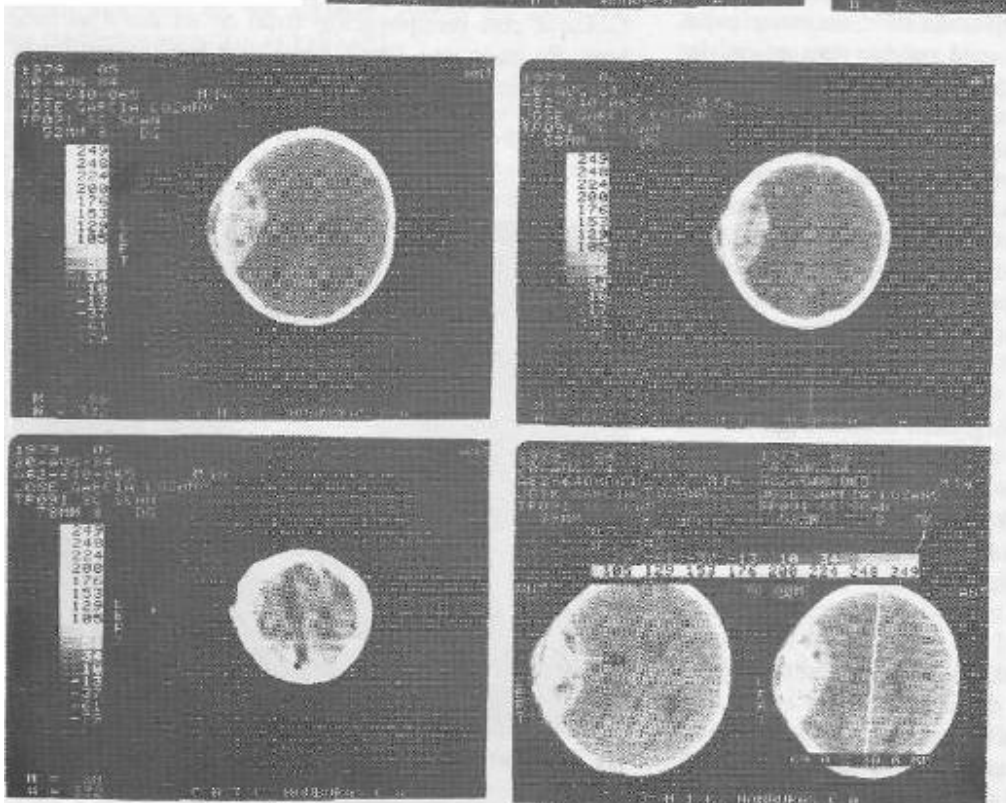
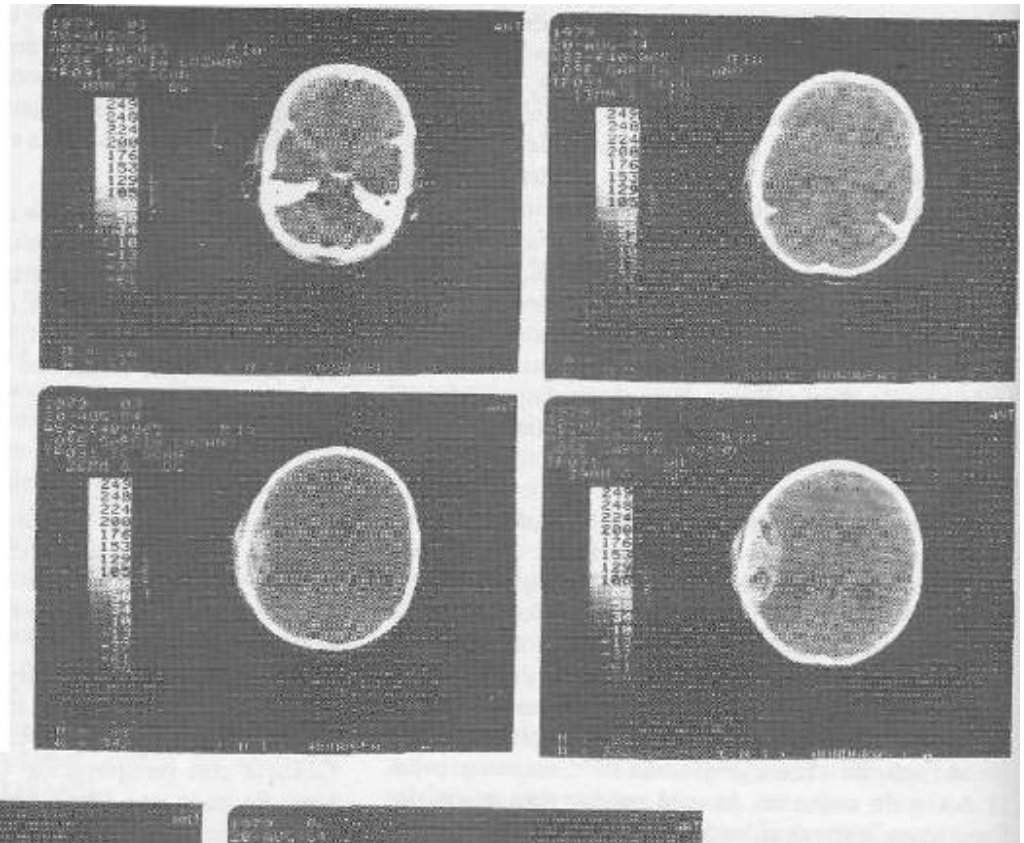


Figura No. 3  
T.A.C. mostrando el hematoma extradural parietal izquierdo en toda su extensión, el gran edema periférico el desplazamiento de las estructuras de la línea media cerebral hacia la derecha.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mumenthaler Mark.- Head Injuries. Year Book Medical Publishers Inc., Chicago, George thieme Edith. 67:1967.
- 2.- Friedman W. and cois. Emergency Roentgen Diagnosis. Trauma Skull and Brain: Intracranial Hematomas. Chicago and London, George thieme Edith. 8:1980.
- 3.- Robertson and Cois. Valúe of Serial Computerized Tomography in management of Severe Head Injury Surg.Neurol. 12:161-167, Aug. 1979.
- 4.- Brunetti and Cois. Delayed Intracerebral Hemorrhage as Demonstrated by C. T. Scanning. Neuroradiology 18: 4346, July 1979.
- 5.- Suchennirth Richard. Pocket of Clinical Neurology Craniocerebral Trauma. Year Book Medical Publishers Inc. Chicago London 161: 1979.
- 6.- Zimmerman Robert and Cois. Cranial Computed Tomography in Diagnosis and Management of Acute Head Trauma Am. Jour. Roentg. 131: 27-34, July 1978.
- 7.- Nazar Nicolás. T.E.C. Severo: Enfoque actual.- Revista Médica Hondurena V. 49, 164: Oct. Nov. Dic. 1981.
- 8.- Samuel Martín A. Manual of Neurological Therapeutics. Little Brown and Cia. Edith. Epidural Hematoma. 1978.



# TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR: REVISIÓN CLÍNICA

Por: Dr. Ernesto Fiallos Fonseca. (\*)

## RESUMEN

Se realiza un estudio de 34 pacientes ingresados por traumatismo raquimedular en el Hospital Escuela. La mortalidad fue de 8.80/0. Los pacientes con fractura de columna cervical presentaron una mortalidad de 8.80/0; y en los casos de fractura dorsolumbares no hubo fallecidos. No está claro en los cuadros clínicos si hubo lesiones penetrantes (duramadre rota). Se analizan índices como infecciones, etiología, procedencia, mortalidad. No se analizaron aquellos pacientes relativamente crónicos, del interior del país con paraplejía o tetraplejía pues no se hospitalizan en el servicio de neurocirugía. Tampoco se determinó quienes tuvieron conmoción, contusión, o compresión medular.

## INTRODUCCIÓN

Los traumatismos raquimedulares, son las lesiones más graves, como resultado de accidentes de tránsito, actividades deportivas y accidentes de trabajo; quedando como consecuencia de los mismos una paraplejía o cuadriplejía.

Se han utilizado muchos métodos de tratamiento, desde los conservadores hasta los quirúrgicos. Desde el papiro de Smith en que se describieron los TRM; siguiendo con los principios trazados por Hipócrates; hasta el comienzo de la laminotomía por Cune en 1814 como descompresión de la médula espinal, lo cual agregaba inestabilidad a la columna.

Ya en 1933 Crutchfield introdujo la tracción del cráneo como forma de tratamiento en las lesiones cervicales, y por mas de 20 años fue la única forrha de tratamiento de las lesiones; posteriormente Cloward introdujo el abordaje quirúrgico anterior de estas lesiones.

(\*) Neurocirujano Hospital Escuela.  
Profesor de Semiología Neurológica.

## CLASIFICACIÓN

En cuanto a la clasificación de los TRM se utilizan diversos criterios que se resumen:

a— Radiológico b—  
Neurológico c—  
Histopatológico.

Como vemos ninguna de ellos en forma completa engloba las lesiones que el paciente tiene. La mejor clasificación es la que toma en cuenta los cambios dinámicos del trauma, la clase de accidente y la dirección de las fuerzas que intervienen en el trauma. Así tenemos la clasificación de los traumatismos raquimedulares cervicales que por analogía se puede extender al resto de los TRM de columna dorso lumbar.

1— Whiplash (Síndrome del latigazo) lesión provocada por hipertensión de la nuca, con lesión de músculos y ligamentos, ocasionalmente lesión del disco intervertebral y no hay lesión medular.

2— Parálisis sin lesión, ni luxación de las vértebras.

3— Lesiones de la columna vertebral sin lesión de la médula espinal, ni raíces, con luxación y fractura de la columna cervical.

4— Lesiones de la columna vertebral junto con parálisis.

El tratamiento debe comenzar en el sitio del accidente y continuarlo en el hospital mediante el estudio radiológico, de preferencia un equipo portátil de rayos X; si se demuestra una luxación o fractura con compresión, en el caso de luxofracturas cervicales lo ideal es usar el dispositivo de Gardner (en nuestro medio el de Crutchfield, es el único que tenemos) y posterior decisión quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

A 34 pacientes de diferentes edades ingresados en el Hospital Escuela desde el 1.º de mayo de 1979 al 31 de julio de 1981 por traumatismo raquímedular (T.R.M.) se recogieron todos los datos de los historiales clínicos con el fin de recoger toda la información necesaria para este trabajo. No existiendo una clasificación adecuada de las lesiones raquímedulares, describiremos nuestros hallazgos clínicos radiológicos, pues no tenemos bien claros en nuestros historiales los factores dinámicos de la naturaleza de estos accidentes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

[En el período comprendido en este estudio se ingresaron al servicio de neurocirugía un total de 1224 pacientes de los cuales solamente 34 fueron TRM lo cual nos da la incidencia de 2.77/o ver cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

PACIENTES HOSPITALIZADOS	No. de Casos	o/o
Servicio de Neurocirugía de HE	1224	100
T.R.M.	34	2.77

Correspondiendo al departamento de Francisco Morazán el 47/o del total con 16 pacientes lo cual creemos estaría dado por la facilidad en las vías de comunicación. Ver Cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

Departamento	Habitantes	1979	1980	1981
Atlántida	223.185	1	1	—
Colón	118.666	—	—	1
Comayagua	197.912	2	—	1
Cortés	568.631	—	—	—
Choluteca	272.540	—	3	—
El Paraíso	194.981	—	2	1
Francisco Morazán	682.340	8	7	1

Departamento	Habitantes	1979	1980	1981
Intibucá	107.002	—	—	—
La Paz	83.996	—	2	—
Lempiras	167.772	—	—	—
Olancho	213.655	1	1	—
Santa Bárbara	268.619	—	—	—
Valle	120.348	—	—	2
Yoro	281.945	—	—	—
Copán	—	—	—	—
Ocotepeque	—	—	—	—
Islas de la Bahía	—	—	—	—
Gracias a Dios	—	—	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>31501.543</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>6</b>

Al relacionar el número de operaciones en columna que fueron 8 con el número de ingresados por TRM al servicio de Neurocirugía vemos que 23/o de dichos pacientes se les realizó una operación en Columna por lo general cervical. Ver cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

	No. de casos	o/o
Pacientes con TRM	34	100
Operaciones	8	23

Este bajo índice quirúrgico podíamos explicarlo diciendo que el Hospital Escuela carece del equipo y material quirúrgico necesario para este tipo de cirugía.

Asimismo el número de pacientes fallecidos por TRM representó un 8.80/o el cual es bastante bajo. Ver cuadro No. 4.

CUADRO No. 4

TRM	No. de casos	o/o
Pacientes con TRM	34	100
Fallecidos	3	8.8

Lo anterior no es totalmente verdadero pues de aquellos pacientes tetraplégicos enviados a rehabilitación o ingresados en otros servicios ignoramos su estado actual probablemente muchos de ellos han fallecido.

En cuanto al cuadro No. 5 observamos un marcado predominio del sexo masculino con un 83o/o lo cual concuerda con otros trabajos.

CUADRO No. 5

Pacientes con T.R.M.

SEXO	1979	1980	1981	TOTAL	o/o
Masculino	10	12	6	28	83
Femenino	2	4	—	6	17
TOTAL	12	16	6	34	100

En el cuadro No. 6 observamos que la mayor incidencia por grupo de edad corresponde a la etapa de 15 a 39 años no olvidando que los TRM cuya causa es laboral son atendidos en el Seguro Social.

CUADRO No. 6

EDAD	1979	1980	1981
10 - 14	—	—	—
15 - 19	1	3	—
20 - 24	1	1	1
25 - 29	2	—	1
30 - 34	4	1	0
35 - 39	4	1	—
40 - 44	—	1	2
45 - 49	—	2	2
50 - 54	—	3	—
55 - 59	—	1	—
60 y más	—	3	—
TOTAL	12	16	6

En relación a la incidencia por meses de los pacientes ingresados por TRM podemos ver en el cuadro No. 7 que el 47o/o corresponde al cuatrimestre integrado por los meses: mayo, julio y agosto.

CUADRO No. 7

MES	1979	1980	1981
ENERO	—	6	—
FEBRERO	—	1	—
MARZO	—	1	2
ABRIL	—	1	2
MAYO	4	1	2
JUNIO	2	—	—
AGOSTO	1	—	—
SEPTIEMBRE	1	3	—
OCTUBRE	2	—	—
NOVIEMBRE	—	—	—
DICIEMBRE	—	—	—

En relación al tipo de accidente, el renglón otros acapara la mayoría de los TRM y dentro de ellos están comprendidos los domicilios y los propios en el proceso del trabajo de nuestro campesino.

CUADRO No. 8

AÑO	TRANSITO	RIÑA	OTROS
1979	5	3	4
1980	2	—	14
1981	1	—	5
TOTAL	8	3	23

En el cuadro No. 9 podemos observar la relación entre mortalidad por TEC y TRM; durante el mismo período de tiempo.

CUADRO No. 9

Clasificación	No. de casos	Fallecidos	o/o
TEC	425	58	13.6
TRM	34	3	8.8

En el cuadro No. 10 apreciamos los sitios más frecuentes de localización de las lesiones en la columna vertebral, así como el número de operaciones de cada una de ellas.

CUADRO No. 10

Fractura	No. de casos	Operados	o/o
Cervical	13	5	39
Dorso-lumbo-Sacra	18	3	61
Total	34	8	100

Como vemos el 39o/o corresponde a fracturas cervicales lo cual es menor que las estadísticas de otros países, lo cual pensamos se debe a que el 47o/o del total de nuestra casuística proviene del departamento de Francisco Morazán. En el cuadro 11 observamos los síntomas y signos que fueron más frecuentes:

CUADRO No. 11

Lumbalgia	12
Impotencia para deambular	9
Braquialgia	8
Tetraparesia	7
Paraparesia	6
Paraplejía	4
Tetraplejía	3
Monoplejía	2
Diparesia	2
Calambres	2
Anestesia silla de montar	2

Se observa que los dos síntomas más frecuentes están en relación con el 610/0 del sitio de la lesión. La localización específica de la lesión la podemos observar el siguiente cuadro No. 12.

CUADRO No. 12

Fractura de C1	1
Luxofractura C5 - C6 - C7	2
Fractura C4 - C5	6
Luxofractura C5 - C6	4
Fractura T9	2
Fractura T 10	5
Fractura T12	2

Aplastamiento T12	4
Fractura L1 y L2	4
Aplastamiento de L2	2
Fractura L3	2

Es evidente que la región cervical las vértebras más frecuentes son: C4 C5 y C6; que de las vértebras torácicas es T12 y que de las vértebras lumbares la más frecuentemente afectada es L2.

Estos pacientes por lo general por el hecho de ser politraumatizados presentan múltiples lesiones sin embargo en los 34 casos de nuestra casuística solo encontramos dos fracturas de clavícula, dos fracturas de húmero, y una luxofractura de coxis.

Entre las complicaciones que pudimos observar las infecciones respiratorias fueron las más frecuentes y que además contribuyeron a la mortalidad de estos pacientes fueron en número de 6, seguidas de las infecciones urinarias que fueron en número de cuatro.

En el cuadro número 13 apreciamos el estado al salir el paciente:

CUADRO No. 13

mejorados	20
Igual	11
Fallecidos (Gol. cervical)	3
Total	34

De los mejorados la mayoría evolucionaron a su curación completa, de los igual solamente pudimos seguir por consulta externa a 6 de ellos los cuales si bien no obtuvieron una recuperación neurológica completa evolucionaron hacia ser útiles para sí mismos y a los demás.

### CONCLUSIONES

- 1.- El número de ingresos por traumatismo raquímedular (TRM) es bastante bajo; sin embargo las complicaciones sépticas son altas.

- 2.- El mayor número de TRM hospitalizados corresponde a la zona centro-suroriental de nuestro país.
- 3.- Entre las fracturas de la columna vertebral el 39o/o correspondían a la región cervical y que son las de mayor mortalidad 8.80/0.
- 4.- Las lesiones no penetrantes son mucho menos frecuentes, cuatro por nereida de bala y uno por arma cortante.
- 5.- Es mayor y evidente el TRM en el sexo masculino por su condición de trabajo, al encontrarse en la etapa más productiva de su vida.
- 6.- Por el tipo poblacional que cubre el Hospital Escuela, una de las causas más frecuentes fueron los accidentes de tránsito, solo superados por los ocasionados durante el trabajo de nuestro campesino.
- 7.- En nuestra revisión y comparándola con el TEC en el mismo período de tiempo los fallecidos por TRM es menor lo cual es contrario a los estudios realizados.
- 8.- De trece pacientes con lesión en región cervical, tres fallecieron, cinco se operaron sin mortalidad; y a mas del 50o/o de los pacientes se les dio de alta mejorados.
- 9.- Los síntomas que más llamaron la atención fueron la lumbalgia, braquialgia, para y tetraparesia.
- 10.- De los 5 pacientes operados de columna cervical se les realizó artrodesis con la técnica de Cloward con excelente resultado.
- 11.- Hay un franco predominio de infecciones respiratorias, lo cual hace recomendable que se tomen medidas eficaces para reducir su incidencia.

### SUMMARY

Fiallos Fonseca, E. Study of 34 patients with raquimedular trauma tism.

A study of 34 patients admitted for raquimedular trauma-tism in the Hospital Escuela is presented. Mortality was 8.80/0. The patients with fracture of cervical column presented a mortality of 8.80/0; and the patients with toraco-lumbar fractures there were no deaths. It is not clearly described in the case histories if there were penetrating wounds (injured duramater). Parameter such as infection, etiology, place of origin, and mortality were annalized. Those cronic paraplegic or tetraplegic patients were not annalized because they are not admitted to the neurosurgical and. Finnally we did not annalize medulary contusions, commotions or compresions.

### BIBLIOGRAFÍA

1. - Castellano, V.; Laberti, F. - Injuries of the cervical spine with spinal cord involvement: statistical considerations Bull Hos Joint Dis 31:188, oct, 1970.
- 2.- Junco, V.- Traumatismo raquimedulares; Tesis 1966.
- 3.- Rieunau, G. Manual de traumatología, Toray-Masson Sa. Barcelona 1967.

## REVISIÓN DE LITERATURA

# ENFOQUE CLÍNICO DEL CÁNCER DE OVARIO

*Dr. Roberto Martínez López (\*) Dr.  
Luis E. García Quiroz (\*\*)*

### INTRODUCCIÓN:

Cualquier mujer blanca nacida desde la década 1970 tiene un 1.50/o de probabilidades de adquirir cáncer de ovario. Hay cerca de 17,000 casos nuevos de cáncer de ovario en los U.S.A., por año.

Es la quinta causa de muerte por cáncer femenino, con 10,464 muertos por año en mujeres de todas las edades, 8,100 de las mujeres de 35 a 74 años de edad (U.S.A.)- Se le puede atribuir el 50/o de todos los nuevos cánceres en mujeres de todas las edades y el 60/o de todas las muertes por cáncer al año.

El 10 o/o de los cánceres que comprometen el ovario son metastásicos; técnicas del diagnóstico deben incluir medidas apropiadas.

La edad es importante, ya que la gran mayoría de los casos ocurren entre los 35-75 años de edad y el pico es en la sexta década. En el mismo estudio (11) se corroboró que la multiparidad es más común en mujeres con cáncer de ovario, pero la paridad o nuliparidad no asegura que la mujer quede libre de riesgo de padecerlo.

Como en otros cánceres la historia familiar es importante. En una serie de la Clínica Mayo se encontraron varias madres e hijos que sucumbieron al cáncer ovárico; en nuestro estudio (11) no había relación alguna

Muchos pacientes pueden presentar síntomas gastrointestinales vagos y este puede ayudar para el

---

(\*) Residente III, Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela, Honduras, C. A. (\*\*) Residente II, Radioterapia, Hospital México, Costa Rica, C. A.

diagnóstico temprano de cáncer de ovario. El ovario no puede ser palpado en una mujer post-menopáusica si está libre de enfermedad y cualquier ovario palpable en estas mujeres debe garantizar una exploración quirúrgica.

En la mujer peri-menopáusica o mayor de 35 años con cualquier lesión de 5 cms. o más de diámetro se le debe remover quirúrgicamente.

### DIAGNOSTICO:

#### A.- EVALUACIÓN F RE -TRATAMIENTO:

— Se debe recoger una adecuada historia clínica y una buena historia familiar. Molestias vagas y (dolor difuso) en parte baja del abdomen es un síntoma común.

El examen físico debe incluir un examen cuidadoso de las áreas de los ganglios y exploración del abdomen superior para evidenciar hepatomegalia, lo mismo que el área pélvica. Cualquier masa en la pelvis de una niña antes de la menarquía debe explorarse quirúrgicamente. Una masa + 5 cms. de diámetro antes de los 35 años puede observarse por 1-2 ciclos y si es mayor de 35 años debe explorarse quirúrgicamente.

B.- El estudio de laboratorio y gabinete debe incluir un examen hematológico completo, pruebas de función renal, electrolitos, P.F.H. y fosfatasa alcalina, radiografía de tórax debe hacerse de rutina, P.I.V., colon por enema debe hacerse si hay evidencia de diseminación del primario o enfermedad metastásico a la pelvis.

C- MARCADORES TUMORALES:

— Sustancias como el antígeno carcinoembrionario, deshidrogenasa láctica y alfa feto proteínas pueden ser identificadas y existir en cantidades elevadas, pero ninguna es específica para carcinoma de ovario y no ayuda en el diagnóstico temprano de la enfermedad.

El líquido peritoneal ha sido analizado para bioquímica y citología lo cual ha ayudado para una clasificación temprana del cáncer de ovario.

Me. Gowan y asociados (1) han evaluado el líquido peritoneal y establecido un patrón bioquímico que distingue enfermedades malignas del ovario de enfermedades benignas. Ellos además extendieron estos estudios para sugerir que el patrón bioquímico podría ser útil para determinar la eficacia del tratamiento. Graham y asociados (2) reportaron detección de carcinoma de ovario invasivo por aspiración del fluido del fondo de saco y análisis citológico. Ellos demostraron que el 90o/o de los cánceres de ovario clínicos descamaban células malignas al fondo de saco en su experiencia

Anstey y Shytle encontraron productos de degradación de fibrina en la sangre de 94o/o de mujeres que se conocían portadoras de cáncer de ovario.

D.- TOMOGRAFIA COMFUTARIZADA Y ULTRASONIDO:

Su valor en el cáncer de ovario no se ha demostrado. El ultrasonido es de ayuda valiosa para determinar estructuras vecinas y saber si el tumor es sólido, quístico o mixto y delimitar áreas para la paracentesis.

E.- La aspiración pélvica de una masa es condenada ya que si se punciona la neoplasia y el líquido cae en la cavidad peritoneal la sobrevida disminuye.

F.- Laparoscopia está indicada en la paciente en la cual la historia de razones para sospechar, pero que el examen físico es negativo.

CLASIFICACIÓN :

El grado histológico fue discutido por Broder en el año de 1926. Los grados de malignidad fueron designados por el porcentaje de células indiferenciadas presentes:

I	0.25o/o	III	50.75o/o
II	25.50o/o	IV Mayor	75o/o

ACTUALMENTE TODOS LOS AUTORES COINCIDEN QUE EL TIPO CELULAR, EL ESTADIO Y EL GRADO HISTOLÓGICO SON DE SUMA IMPORTANCIA PARA PLANEAR EL TRATAMIENTO Y POR LO TANTO EL PRONOSTICO.

La Federación Internacional de Ginecología(4) y Obstetricia (FIGO) publicó una definición de estadios para cáncer de ovario en el año 1971, la cual fue revisada en el año 1974, (tabla 1).

EL USO ADECUADO DE ESTA CLASIFICACIÓN AYUDA EN:

1.- Mejor programa de tratamiento. 2.- Uso más constante de estos planes de tratamiento. 3.- Reportajes más uniformes.

A pesar de que esta clasificación ayuda en el planeamiento del tratamiento no toma en cuenta el grado histológico ni el volumen del tumor remanente de la cirugía, lo cual se ha demostrado que es importante.

Una adecuada clasificación por estadios es absolutamente necesario para un tratamiento apropiado. El examen laparoscópico puede contribuir sólo si los hallazgos son positivos, la apariencia negativa del omento, superficie peritoneal órganos abdominales no son suficientes.

Para una buena clasificación de estadios I—III es necesario la laparotomía. Una vez que el abdomen está abierto, los siguientes pasos son necesarios:

1.- Bópsia excisional para congelación. 2.- Colección de líquido ascítico o lavado peritoneal. 3.- Biopsias del piso pélvico, paredes laterales de

la pelvis, ganglios retroperitoneales, superficie inferior del diafragma. 4.- Remoción del omento mayor.

Después de la Histerectomía total abdominal más Salpingooforectomía bilateral en los estadios tempranos y los procedimientos anteriores, es necesario evaluar el tamaño de la masa para la terapia posterior.

El tamaño y la localización de la lesión residual (*incluyendo marcadores radiopacos*) son de suma importancia para el uso posterior de radioterapia.

En ambos procedimientos esta información es de valor pronóstico, ambos tanto el tamaño como la localización.

#### TABLA 1:

Carcinoma primario de ovario.  
Clasificación de la F.I.G.O.

#### ESTADIO I:

Crecimiento limitado a los ovarios la: Un ovario sin ascitis. la-t: No tumor en la superficie externa, (cápsula intacta).

la<sup>^</sup>: Tumor en la superficie externa o cápsula rota.

Ib: Crecimiento limitado ambos ovarios, sin ascitis.

Ib1 — Ib2: Igual a la<sub>x</sub> — 2

Ie: la o Ib con ascitis o lavado peritoneal positivo

#### ESTADIO II:

Uno o ambos ovarios con extensión pélvica.

2a: Extensión o metástasis al útero y/o a las trompas.

2b: Extensión a otros tejidos pélvicos.

2c: 2 a o 2b pero con ascitis o lavado peritoneal (+)■

#### ESTADIO III:

Crecimiento en uno o ambos ovarios con metástasis intrap entone ales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales (+).

Tumor limitado a la pelvis verdadera con extensión microscópica a intestino u omento.

#### ESTADIO IV:

Uno o ambos ovarios con metástasis a distancia. Si hay derrame pleural debe haber citología (+) para que sea IV. Metástasis a hígado se clasifica como estadio IV.

#### TABLA 2: CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE TUMORES DE OVARIO.

##### 1.- TUMORES EPITELIALES:

- a) Seroso.
- b) Mucinoso.
- c) Endometrioide.
- d) Mesonefroide o de células claras.
- e) Sólido y/o indiferenciado.
- f) Brenner.

##### 2.- CORDÓN SEXUAL:

- a) Granuloso
- b) Células de la teca.
- c) Sertoli o LeyLeydig.
- d) Células hiliares.

##### 3.- TUMORES GERMINALES:

- a) Disgerminoma.
- b) Seno endodérmico.
- c} Carcinoma embrionario.
- d) Teratomas:—inmaduro (embrionario)  
—sólido— quístico.

##### 4.- LINFOMA: Burkittfs

CORRELACIONES TERAPÉUTICAS PATOLÓGICAS:



### 1.- TUMORES EPITELIALES:

Los tumores epiteliales constituyen la gran mayoría de los tumores de ovario, son cerca del 90o/o de los tumores de ovario y el 75o/o de los tumores malignos de ovario. En la revisión de nuestro Hospital (11) de 116 pacientes se encontró una incidencia de 75 casos de tumores epiteliales, de los cuales 47 pacientes 46-51o/o cistoadenocarcinoma seroso. 14 casos 12.06o/o cistoadenocarcinoma mucinoso, carcinoma endometroide 9 casos 7.75o/o, carcinoma mesonefroide 4 casos 3.44o/o y T. Brenner 1 caso 0.860/0 (11).

En este estudio no se efectuó grado histológico de malignidad. Los criterios de clasificación de los tumores epiteliales han sido incorporados ambos en la F.I.G.O. Una completa clasificación histológica comprende en clasificarlos en borderline (carcinoma de baja malignidad) y lesiones de gran potencial maligno. El borderline tiene un 24o/o de mortalidad, no invaden el estroma y pueden dar metástasis (hematógeno y linfático).

#### LOS CRITERIOS PARA TUMORES MALIGNOS BORDERLINE SON:

- a) Ausencia de invasión.
- b) índice mitótico ausente.

En una serie de 741 pacientes con cáncer de ovario epiteliales en la Clínica Mayo en 1973, por estadio e incluyendo todos los tipos celulares se encontraron que 267 (37o/o) de las lesiones fueron estadio I, 95 (13o/o) fueron estadio II, 111 (42o/o) fueron estadio III y 57 (8o/o) fueron estadio IV.

Por grado, con todos los estadios, incluyendo tipos celulares, 231 (32o/o) fueron grado I, 180 (25o/o) fueron grado 2, 224 (30o/o) fueron grado 3 y 95 (13o/o) fueron grado 4.

En toda la serie hubo 493 Cistoadenocarcinomas serosos, 28o/o de los cuales fueron de bajo grado (grado 1-2), bajo estadio (estadio I-III) y 40o/o de los cuales fueron de alto grado y de alto estadio.

De los 154 carcinomas mucinosos, 75o/o fueron de bajo grado, de bajo estadio y 5o/o fueron de alto grado y lesiones de alto estadio.

De los 36 carcinomas endometrioides, 44o/o fueron de bajo grado y bajo estadio, 19o/o fueron de alto grado y alto estadio.

De los 47 adenocarcinomas sólidos, 17o/o fueron de bajo grado y bajo estadio y 47o/o fueron de alto grado y alto estadio.

Estos pacientes fueron todos con Histerectomía total abdominal, Salpingooforectomía bilateral y Omentectomía. Radiación fue usada en aquellos pacientes que tenían tumor remanente o en quienes el potencial de diseminación de la enfermedad era posible.

La sobrevida de los grupos fue analizada a los 5 años- Los dos grupos tenían cirugía completa y cirugía incompleta, demostrándose sobrevida a 5 años de 89.3o/o y 88.2o/o respectivamente. Estos grupos tenían similar tipo celular y grado histológico. Los grupos tratados con cirugía completa e irradiación tuvieron una sobrevida a 5 años de 73.4o/o y 52.0o/o respectivamente. Estos rangos de sobrevida fueron menores en los pacientes que recibieron cirugía sola.

### 2.- TUMORES GERMINALES:

En el año 1964 algunos autores(6) examinaron su experiencia con Disgerminomas, demostrándose que el 11.70o/o son unilaterales y encapsulados con una sobrevida a 5 años de 35.95o/o.

Tasa de recurrencia fue de 15.9 - 52.3o/o. El 35o/o de las recurrencias fueron el ovario contralateral. (11) 22:18.96o/o.

En este estudio la tasa de sobrevida a 5 años para los pacientes con disgerminomas unilaterales y encapsulados era de 82.8o/o y la recurrencia fue de 52.4o/o para aquellos tratados conservadoramente con Salpingooforectomía unilateral, y la concepción fue 37.7o/o en el grupo tratado conservadoramente; sin embargo la Histerectomía total más S.O.B., con irradiación pélvica y nodal es el tratamiento de escogencia.

Los tumores de células germinales tienden a dar metástasis ganglionares más que los epiteliales y que los del cordón sexual, de allí que se deben incluir los ganglios paraaórticos e ilíacos en la radioterapia.

Los tumores del seno endodérmico y el carcinoma embrionario (11) lo/o, O.860/0 son altamente malignos, aún cuando el tumor sea estadio I, la sobrevivida a 5 años es menor de 1 año. El tratamiento en estos casos además de la cirugía total y la radioterapia debe incluir tratamiento con quimioterapia múltiple por cinco ciclos de curso como mínimo.

Los teratomas malignos, (11) 7:6.03o/o con una excepción aquellos con los elementos neutros son altamente malignos y requieren Histerectomía total abdominal y Salpingoogorectomía bilateral y Omentectomía para todos los estadios, seguido de quimioterapia. En estos tumores la radioterapia no es efectiva.

### 3.- TUMORES DE CORDÓN SEXUAL:

Entre estos tumores el más frecuente es el tumor de células de la granulosa

Los tumores de la teca son de bajo potencial de malignidad. (11) 80/0, 6.89o/o.

Los tumores de células de Sertoli y Leydig siguen el mismo patrón que el de células de la granulosa.

Recientemente, la experiencia con 118 tumores de las células de la granulosa tratados en la Clínica Mayo<sup>7</sup> fue revisado. Ellos encontraron que constituían el IO0/0 de todos los tumores de ovario.

El tratamiento fue de Histerectomía total más S.O.B. y en algunos con S.O.U., cuando la cirugía fue conservadora 1/3 parte tuvieron recurrencia. La radioterapia para estadios II o lesiones grandes no mostró mejoría en la sobrevivida. El tratamiento de escogencia es la cirugía total, pero lesiones estadio la grandes podrían recibir la misma terapia que los tumores epiteliales.

Si hay pacientes con estadio la y que desean mantener la lactancia pueden ser manejados con Ofo-

rectomía unilateral, pero una vez que finalice, la remoción de órganos pélvicos debe ser efectuada.

### VÍAS DE DISEMINACIÓN DEL CARCINOMA DE OVARIO<sup>8</sup>

El carcinoma de ovario se difunde por cuatro rutas diferentes: Por contigüidad e implantación intraperitoneal, por vía linfática retroperitoneal, por la ruta linfática, diafragmática y por vía sanguínea.

La vía primaria de extensión del carcinoma de ovario es intraperitoneal por contigüidad y diseminación.

La cavidad peritoneal contiene en el sujeto normal cerca de 50 cc. (Hisaba Yashi y Graham, 1970), los cuales se originan de trasudación de los capilares sanguíneos (Feldman y Knapp 1974).

Las células tumorales de la neoplasia son transmitidas a través del abdomen por el fluido peritoneal e implantadas en la superficie peritoneal, en el omento y en el diafragma.

La fluctuación de la presión intraabdominal asociada con los movimientos respiratorios hace que el fluido se mueva de la pelvis y del fondo de saco de Douglas a través del canal paracólico, siendo esta la principal comunicación entre los compartimientos supracólico e infracólico de la cavidad abdominal.

Las células tumorales de la superficie peritoneal del diafragma podrían penetrar durante la expiración a través de espacios submicroscópicos dejados entre las células mesoteliales y endoteliales hasta la red linfática del peritoneo diafragmático.

Las células tumorales implantadas en el diafragma peritoneal pueden crecer primero en la superficie y luego en profundidad. La obstrucción total de los linfáticos del diafragma por células tumorales, reducen la movilización del fluido intraperitoneal, siendo este el mayor factor patogénico de la asquitis carcinomatosas.

Finalmente la cuarta vía de diseminación es el sistema vascular, el cual es menos común que la difusión intra y retroperitoneal.

TRATAMIENTO:ORO RADIATIVO:

La instalación intraperitoneal de oro radiactivo se ha usado en varios centros.

En la Clínica Mayo se hizo un estudio (1950-1965)<sup>8</sup> con un total de 142 pacientes a quienes se les dio tratamiento con oro radiactivo, escogiéndose como candidato a aquellos pacientes:

- 1.- Evidencia definitiva de metástasis peritoneal o lesiones menores o iguales a 2 mm. de diámetro.
- 2.- Ruptura del quiste con cavidad peritoneal potencialmente contaminado.
- 3.- Superficie externa del quiste con tumor.

Se compararon grupos idénticos (misma edad, tipo celular, estadio y grado histológico) y se vio que la sobrevida a cinco años fue de 80o/o para aquellos que recibieron oro y de 43o/o para los que no recibieron, otra experiencia reportada en la Clínica Mayo no mostró mejoría en el uso de oro radiactivo para aquellos pacientes que tenían tumor recurrente.

RADIOTERAPIA

Entre los tumores no epiteliales del ovario el disgerminoma es el de mayor interés ya que es muy sensible y altamente curable con la radiación.

La radiación pélvica sola no mejora los resultados por cirugía.

La irradiación a la cavidad abdominal es difícil ya que el volumen total a irradiar es muy grande y la tolerancia de los órganos de la cavidad abdominal es limitada, se requiere una reducción de la dosis y prolongación del tratamiento y además el efecto es menor que el deseado.

Durante la segunda parte de los 50's G.H. Fletcher del M.D. Anderson Hospital adoptó la técnica de bandas a una Unidad de Co<sup>60</sup>, esto dio una reduc-

ción en la dosis además que hizo más efectivo el tratamiento. Esta efectividad fue demostrada en pacientes que tenían tumor residual menor de 2 cms. de diámetro, obteniéndose una sobrevida a cuatro años del orden del 72o/o en pacientes en los cuales se había resecado la mayor parte del tumor.

El desarrollo de nuevos agentes químicos ha demostrado mayor eficacia en pacientes con tumores residuales grandes. Recientemente se reportó en el Hospital Princesa Margaret de Toronto, Canadá un estudio que demostrándose mayor ventaja para el grupo que fue irradiado.

Este estudio ha sido criticado porque las dosis de clorambucil fueron bajas.

Las pacientes que tienen tumor residual mayor que 6 cms. tienen una sobrevida a cinco años 0o/o.

En resumen la radioterapia es útil como coadyuvante de la cirugía en el carcinoma de ovario para tumor con estadios bajos o lesiones residuales pequeñas.

En aquellos casos en que la lesión es grande y el estadio elevado, la terapia sistémica con agentes químicos es superior.

CIRUGÍA

Ooforectomía unilateral debe ser reservada para aquellas mujeres jóvenes que desean tener hijos y que están en estadios Iai, de bajo grado, epitelial o disgerminomas.

Histerectomía total abdominal más S.O.B.: Es satisfactorio para estadios Iai o Ibi, para tumores epiteliales o del cordón sexual.

TRATAMIENTO COMBINADO:

- 1.- Histerectomía total abdominal + S.O.B. + quimioterapia (agente alquilante por 1 - 2 años) para tumores Iai de grado histológico 2 - 4, para tumores Iaii, Ibi, Ibií, Ie.
- 2.- Histerectomía + S.O.B. + Quimioterapia múltiple: Para todos los tumores germinales

excepto el disgerminoma (cirugía más radioterapia).

- 3.- Histerectomía total abdominal + S.O.B- + P<sup>32</sup> es apropiado para tumores epiteliales Iai de alto grado.

También es apropiado para el 2a - 2b y 2c sin enfermedad residual.

#### QUIMIOTERAPIA:

Los agentes quimioterápicos se incluyen básicamente en tres grupos diferentes:

- 1.- Agentes alquilantes originan destrucción DNA y dificultan formación de RNA. thiotepa chlorambucil, cytoxin, sarcolysin.
- 2.- Antimetabolitos-interfieren con la cadena metabólica de acontecimientos que ocurren en la célula tumoral; todos son análogos del ácido fólico (metrotexate) y análogos de purinas y pirimidinas (5 fluorouracilo y 6 mercaptopurina).
- 3.- Antibióticos-actúan primariamente sobre DNA (actinomicina d) la dosificación depende del peso corporal y superficie del paciente y la toxicidad guarda relación con la dosis.

— Es el tratamiento de elección en el manejo del cáncer avanzado de ovario y se ha dejado para aquellos pacientes en quienes ha fallado la cirugía y la radioterapia. Es la terapia primaria para pacientes con estadios III o IV seguido de cirugía

Se han usado numerosos agentes entre ellos los alquilantes (melfalán) como tratamiento con mono-

droga y con agentes múltiples, para los que hay numerosos esquemas y combinaciones.

De los más usados en el servicio de Oncología de este Hospital (11) está el siguiente:

- Cis platinum.
- Adriamicina
- Ciclofosfamida

La terapia previa es el factor predictivo mayor de falta de respuesta a la quimioterapia.

"SECOND LOOK": Es importante tratar al paciente hasta que una respuesta completa se haya obtenido.

Por esta razón, el paciente frecuentemente requiere procedimientos invasivos para determinar el estado de la enfermedad.

Algunos pacientes responden en forma rápida a la quimioterapia, esto es importante ya que el procedimiento de Second Look no debe ser llevado tempranamente y para el tratamiento con quimioterapia no sea parado prematuramente.

Los pacientes quienes han tenido buena respuesta clínica a los agentes alquilantes deberían ser tratados de 18 a 24 meses antes de la reexploración.

Si la laparotomía no revela evidencia de enfermedad, el tratamiento debe ser terminado.

El incremento de la toxicidad de la quimioterapia múltiple justifica la cesación de la terapia después de 6-12 ciclos si la laparotomía documenta respuesta completa.

Se aconseja efectuar Second-Look a los 6 meses.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Me. Gowan, Davis RH, Bunnag S: The biochemical diagnosis of ovarian cancer: Am J Obstet Gynecol 116:760 1973.
- 2.- Graaham R. M. Schueller Ef, Graaham J.B.: Detección of ovarian cancer at an early Stage. Obstet Gynecol 26: 151,1965-
- 3.- Broders A.C.: Carcinoma: Grading and Practical application arch pathology 2: 376, 1926.
- 4.- F.I.G.O. News I J. Gynecol Obstet: 9: 172, 1971.
- 5.- Decker D. G. Mussey E, Williams T.J., Taylor Wf: Grading of Gynecol malignaney. Erithelial ovarian cancer. Proc. Notl cancer conf: 7: 223 -1973.
- 6.- Malkasian G D Jr, Symmonds RE: Treatment of the unilateral encapsulated ovarian dysgerminoma. Am J Pbstet Gynecol 90: 379, 1964.
- 7.- Evans at III, Gattey T.A. Malkasim G.D. Jr, Annegers JF A Clínica Pathologic Review of 118 granulosa and 82 theca cell tumor: Obstet Gynecol 55: 231, 1980.
- 8.- Decker DG, Webb MJ, Holbrook M.A.: Radiogold treatment of epithelial cancer of ovary. Late results. Am J Obstet Gynecol 115: 751,1973.
- 9.- Simposium internacional sobre el tratamiento ultidisciplinario del cancer geneeológico Mayo 1983.
- 10.- Texthook of Radioterapy Gilbert H. Fletcher tercera edición.
- 11.- Revisión 116 casos de neoplasias ovario en Hospital México, Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica, Centro América.

# I EL SISTEMA DE IDEAS SOBRE LA ENFERMEDAD EN MESOAMERICA

*Dr. Azzo Ghidinelli (\*)*

Estudiados los conceptos sobre la estructura y el funcionamiento del cuerpo sano (Ghidinelli, GI, 1981) es necesario investigar las causas de las enfermedades, los desajustes que estas provocan y los patrones de acción asociados. No se puede estudiar la curación de una enfermedad sin comprender sus orígenes y las lesiones provocadas.

¿Qué significa "enfermedad" para los naturales? ¿Cómo la interpretan? ¿Qué desórdenes reconocen y como los clasifican? A estas interrogantes tendrá que dar una respuesta la investigación de la etiología, el diagnóstico y la sintomatología de las enfermedades en un área de civilización definida. Aquí trataremos de aproximarnos al sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica. Permanece sin embargo la necesidad de estudiarlo en sus articulaciones con el núcleo ideológico de la cultura y con el proceso de subdesarrollo.

Al momento de la Conquista por el norte el área mesoamericana presentaba su límite que pasaba por el río Panuco, hasta el Sinaloa, pasando a través del Lerma y, por el sur pasaba por la boca del río Motagua hasta el Golfo de Nicoya, pasando a través del Lago de Nicaragua. El área se caracterizó por el desarrollo que tuvo la civilización del maíz. Kirchhoff (AAVV, 1968:9) que tuvo el gran mérito de haber introducido y definido el concepto de "Mesoamérica" ya desde el 1943 no alcanzó sin embargo discernir el sistema de ideas que estaban a la base de la ideología civilizadora. Visto que la antropología social ha definitivamente dejado establecido que la medicina es un producto cultural del grupo humano, el investigador deberá estudiar también el contexto cultural con el cual esta ciencia natural está íntimamente relacionada.

(\*) Universidad Nacional Autónoma de Honduras - CURLA.

A lo largo de dos años de trabajo de campo entre los pocomames orientales de San Luis Jilotepeque hemos recogido algunos datos de etnomedicina que, confrontados con la literatura disponible sobre el resto de Mesoamérica, evidenciaron una notable correspondencia. Esto nos lleva a la tentativa de sistematizar preliminarmente las ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica y disponer así de un cuadro teórico que, aunque debe ser progresivamente perfeccionado, sirva ya para proceder en la investigación.



Según Adams (UN, 17, 1952) el conjunto de síntomas a los cuales se llega por la interpretación de una serie de los mismos puede expresarse por medio de la siguiente fórmula:

condición interna      agentes      =      enfermedad  
del organismo          externos

Si bien este autor haya deducido esta fórmula de su estudio de los cakchiqueles, hoy en día hay datos suficientes para poder afirmar que este mecanismo conceptual se encuentra en la base del sis-

tema de ideas de todos los demás grupos mesoamericanos. La condición del organismo se refiere a la fortaleza y debilidad, frialdad o calor, es decir un estado particular del cuerpo en el momento exacto en que algo exterior puede producir una enfermedad.

El agente externo, también llamado "causa", puede ser natural o sobrenatural y determina la índole de la enfermedad. Parece que en toda el área mesoamericana la causa de la enfermedad tiene importancia determinante para establecer su curación mientras que no la tiene su sintomatología. Por esta razón los mesoamericanos distinguen las enfermedades en dos grupos que nosotros llamaremos "naturales" y "sobrenaturales" (1).

### 1. Las enfermedades naturales.

En la categoría natural las enfermedades son intrínsecas al cuerpo humano y están relacionadas con el medio. Interesante notar que los *huaves*, grupos mesoamericanos de pescadores de laguna, llaman a este grupo de enfermedades "de Dios", mientras que los *chortis*, directos descendientes de los mayas de Copan, enfermar de causa natural se dice *mor*, que significa "recoger".

En grupo macromaya distinguimos tres clases de enfermedades naturales: las de calentura, las de enfriamiento y las físicas.

#### 1.1. Las enfermedades de calentura.

Según Adams (ibidem: 24) resultan de un calentamiento excesivo que permite la entrada de mayor calor al organismo:

Calentura en el cuerpo	A) haber comido demasiados alimentos calientes,	a) Se infla el estómago,
	B) Haberse sobrecalentado.	b) retención de orina,
		c) dolor de muñecas,
		d) infección local interna,
		e) fiebre.

#### 1.2. Las enfermedades de enfriamiento.

Una amenaza mayor es la entrada de frío en el organismo. Las enfermedades de enfriamiento constituyen una segunda categoría que uno de nuestros informantes pocomames nos describe de la siguiente manera:

*"Nosotros los pocomames casi todo el tiempo estamos afectados por el catarro o gripe. Cuando nos ataca nos da calentura, nos quita el apetito y no nos deja trabajar en el campo".*

*"Aquí también conocemos algo de la enfermedad que llaman "paludismo". Afecta los campesinos, cuando llueve mucho o cuando hace frío después de haber hecho calor. Es muy fea porque la persona afectada solo se pasa los días con frío y con calentura. Esta calentura no es fácil de curarse porque se quita pero después vuelve otra vez. Es por eso que la salud se pone tan desagradable. El enfermo con calentura, se pone triste, flaco porque no come, cambia el color de la piel y se pone como amarillito. Al enfermo le gusta el calor del sol; cuando se calienta por algunos minutos se siente mejor."*

*"En nuestro pueblo los pocomames siempre son afectados por el reumatismo. Esta enfermedad afecta mucho las personas de edad avanzada, es decir de 30 años en adelante, pero aún más a los mayores de 60 años. Hay ancianos que aún tienen fuerzas para andar o para hacer cualquier trabajo, pero esta enfermedad los obliga a andar con bastón porque es muy doloroso. Cuando la tenemos en los pies no nos deja caminar, insistimos en andar pero el dolor es demasiado fuerte y se hincha la parte de la reuma. A veces la reuma ataca también a los más jóvenes porque no toman precau-*

(1) Algunos llaman esta última categoría "no naturales". Esta división de las enfermedades se encuentra difundida entre muchos grupos de América - no solamente entre los naturales - sino también entre los descendientes de los colonizadores europeos. Cfr. a este respecto Suárez que reporta el caso de los Andes venezolanos (CÍA XL, 1972, Vol. II: 381).

ciones en las cosas que hacen. Porque esta crema comienza con las personas que se lavan las manos o la cara o los pies después de cualquier trabajo duro o cuando uno suda mucho trabajando. Hay Ique trabajar mucho pero despacio. Si uno suda afecta el reumatismo. Lo peor es lavarse estando sudando. Aunque no llegue enseguida llegará el reuma un día. Los ancianos son los más atacados por el reumatismo porque hacen estas cosas cuando están jóvenes. Es por esto que los padres de familia acostumbran instruir los hijos sobre el reumatismo y hacen esfuerzos para cuidarse. A veces el enfermo trata de curarse solo, en secreto, antes de levantarse y habar con los familiares de la casa. Se muerde la parte dolorosa y se frota la parte con un hueso de cualquier animal que hay en los campos".

El catarro, el paludismo y el reumatismo son enfermedades por enfriamiento que se pueden esquematizar en el mismo modo que hiciera Adams entre los cakchiqueles (ibidem:25):

Cuerpo acalorado por el trabajo cesivo, con siguiente transpiración; clima caliente.	caminar bajo la lluvia, exponerse a los aires fríos; lavarse con agua fría el cuerpo o partes	catarro, pauidismo, los síntomas descritos.
--	---	---

Sin embargo, entre los cakchiqueles, Adams enumera muchas más enfermedades por enfriamiento. Los pulmones, los riñones y el estómago son los órganos más propensos a enfermarse (ibidem: 26).

Quando se siente dolor en los pulmones, es decir en la espalda y abajo de los hombros, esto proviene del trabajo duro en los campos. Si no se mantienen bien cubiertos, al terminar el trabajo el aire frío los ataca. Los riñones también están sujetos a la misma clase de perturbación. El enfriamiento del estómago es causado por la ingestión de alimentos fríos o agua fesda cuando hay calentura. La condición acalorada del cuerpo y un agente externo frío es una fórmula muy común, no sólo entre los mayas, sino en toda América y en el área mediterránea.

### 1.3. Enfermedades debidas a perturbaciones físicas.

Otro conjunto de enfermedades naturales que cita Adams entre los cakchiqueles pueden formar una clase por sí mismas, son aquellas más claramente debidas a perturbaciones físicas. Nosotros también las registramos entre los pocomames:

Lombrices en el estómago	+	Perturbación de las lombrices por algún factor específico tal como una comida pesada.	=	Alzamiento de las lombrices a la parte superior del dorso, cuello, etc.
Debilidad natural	+	Vida ruda a la que se sujeta al niño campesino: mucho golpeo y sacudimiento.	=	Caída de la mollera.

Nazar (RMH, 1983, 50{4):216) reporta el "desmollerado" entre los ladinos del departamento de Santa Bárbara, que en tiempos prehispánicos y en la colonia estaba poblado por naturales mesoamericanos:

Debilidad natural del niño tierno	+	Brincar y mecer mucho al chinearlo	—	Se ponen intranquilos, lloran mucho, no maman nada, calentura fuerte y vómito diarrea acuosa, la mollera se hunde, los ojos se ponen blancos y hundidos, solo quieren pasar chineados.
-----------------------------------	---	------------------------------------	---	--

## 2. Las enfermedades sobrenaturales

Para continuar con el sistema clasificatorio introducido por Adams (ibidem:29) esta categoría de enfermedades puede ser considerada como cau-



sada por una inoportuna intervención de los espíritus o de ciertos humanos.

Entre los mayances encontramos seis clases de enfermedades sobrenaturales: el susto o espanto, el mal de aire o viento o remolino, las molestias causadas por los espíritus de los muertos, las causadas por espíritus malos, el mal de ojo y los daños infligidos por brujería. Tanto wisdom (AAVV, 1968), estudiando el área mesoamericana, como Signorini (SIMIPAL, 1977) entre los huaves, sistematizan diferentemente estas enfermedades. Entre los chortís el susto se refiere a cualquier trastorno mental y físico de las funciones del organismo y su designación es solo parcialmente equivalente al término español "aigres". En este caso se refiere a los diversos tipos de viento o de aire que penetra en el organismo, ocasionando dolor y enfermedad.

Probablemente cada grupo mesoamericano tiene categorías clasificatorias propias diferenciadas de un sistema de ideas común.

Entre los pocomames y los chortís, así como probablemente en todos los grupos mesoamericanos, la persona "débil" es muy susceptible a los sustos, a los aigres y a la hechicería, en tanto que la "fuerte" se halla comparativamente segura (Wisdom; 1961: 354). La debilidad adquirida es ocasionada por cualquier desajuste del estado físico y emocional de la persona, que hace que el individuo se halle débil y propenso a contraer enfermedades en tanto recupera su fuerza (Wisdom; 1961: 355).

### 2.1. El susto o espanto.

Es un síndrome generalizado en el sector mas tradicional de América Latina. Castro Pozo (1924: 263-307), Valdizan y Maldonado (1922) lo describen en el Perú, ya sea en su parte costera como en las sierras. Años después Gillin (1947) describirá con algún detalle los métodos de curación usados en la población mestiza de la costa.

También en el área mesoamericana el síndrome de espanto está presente doquiera. Por lo que respecta a México a esta conclusión ya había llegado Parsons en 1936. No solamente ha sido ello ampliamente documentado entre los mayas sino que también entre otras etnias mesoamericanas. Signo-

rini recientemente (1977) subrayó la existencia del espanto también entre los huaves. Wisdom (AAVV, 1968: 130) refiriéndose al área mesoamericana llega a las siguientes conclusiones:

*"Los espantos son causados por: 1) un miedo actual, usualmente repentino, de una u otra clase, resultante de accidentes serios y de encuentros y contactos con lo ritualmente impuro; 2) histeria, en varios grados y especialmente en mujeres, inducida por presenciar violencia y destrucción de cualquier clase; y 3) extrema tristeza comúnmente repentina e inesperada, que afecta la normal condición de equilibrio".*

Según este autor en el área mesoamericana el "susto" como enfermedad, es cualquier "shock" emocional causado por el encuentro o el temor al encuentro con algo que asusta o aterroriza. Los truenos y las tormentas eléctricas causan muchos sustos, especialmente entre las mujeres y los niños. Los objetos y personas ritualmente impuros son peligrosos, porque, además de infectar a una persona con "aigre", pueden hacer que éste sea contraído a consecuencia del susto. Los seres sobrenaturales que causen susto son los aparecidos y los espíritus de los muertos. El encuentro con los agentes que causan susto puede ser accidental o deliberado. El susto se desarrolla hasta un estado de nerviosidad general, falta de energía, anemia, pérdida del apetito, dolor de cabeza y oído persistente, y falta de sangre y de color en el rostro.

El primero que estudió este síndrome con algún detalle parece que fue Gillin entre los años 1942 y 1948 en el área pocornan oriental (AAVV. SISG, 1959: 163-197). Adams (op. cit.: 30) lo describe entre los Cakchiqueles como una enfermedad complicada que si no se logra curar tiene como resultado la muerte de la víctima. La persona, repentinamente sorprendida por algo, experimenta un choque y su alma se desprende del cuerpo. Mientras el alma es llevada por el espíritu del cerro la persona puede ser susceptible de un golpe de aire que le causará mayores sufrimientos.

Entre los chortís la intensidad del susto varía desde el temor ligero hasta el terror irreflexivo, dependiendo de la cosa encontrada, pero en todos los casos se dice que el individuo ha sido "asustado"

sada por una inoportuna intervención de los espíritus o de ciertos humanos.

Entre los mayances encontramos seis clases de enfermedades sobrenaturales: el susto o espanto, el mal de aire o viento o remolino, las molestias causadas por los espíritus de los muertos, las causadas por espíritus malos, el mal de ojo y los daños inflictos por brujería. Tanto Wisdom (AAVV, 1968), estudiando el área mesoamericana, como Signorini (SIMIPAL, 1977) entre los huaves, sistematizan diferentemente estas enfermedades. Entre los chortís el susto se refiere a cualquier trastorno mental y físico de las funciones del organismo y su designación es solo parcialmente equivalente al término español "aigres". En este caso se refiere a los diversos tipos de viento o de aire que penetra en el organismo, ocasionando dolor y enfermedad.

Probablemente cada grupo mesoamericano tiene categorías clasificatorias propias diferenciadas de un sistema de ideas común.

Entre los pocomames y los chortís, así como probablemente en todos los grupos mesoamericanos, la persona "débil" es muy susceptible a los sustos, a los aigres y a la hechicería, en tanto que la "fuerte" se halla comparativamente segura (Wisdom; 1961: 354). La debilidad adquirida es ocasionada por cualquier desajuste del estado físico y emocional de la persona, que hace que el individuo se halle débil y propenso a contraer enfermedades en tanto recupera su fuerza (Wisdom; 1961: 355).

### 2.1. El susto o espanto.

Es un síndrome generalizado en el sector más tradicional de América Latina. Castro Pozo (1924: 263-307), Valdizan y Maldonado (1922) lo describen en el Perú, ya sea en su parte costera como en las sierras. Años después Gillin (1947) describirá con algún detalle los métodos de curación usados en la población mestiza de la costa.

También en el área mesoamericana el síndrome de espanto está presente doquiera. Por lo que respecta a México a esta conclusión ya había llegado Parsons en 1936. No solamente ha sido ello ampliamente documentado entre los mayas sino que también entre otras etnias mesoamericanas. Signo-

rini recientemente (1977) subrayó la existencia del espanto también entre los huaves. Wisdom (AAVV, 1968: 130) refiriéndose al área mesoamericana llega a las siguientes conclusiones:

*"Los espantos son causados por: 1) un miedo actual, usualmente repentino, de una u otra clase, resultante de accidentes serios y de encuentros y contactos con lo ritualmente impuro; 2) histeria, en varios grados y especialmente en mujeres, inducida por presenciar violencia y destrucción de cualquier clase; y 3) extrema tristeza comúnmente repentina e inesperada, que afecta la normal condición de equilibrio".*

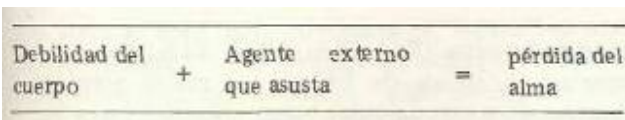
Según este autor en el área mesoamericana el "susto" como enfermedad, es cualquier "shock" emocional causado por el encuentro o el temor al encuentro con algo que asusta o aterroriza. Los truenos y las tormentas eléctricas causan muchos sustos, especialmente entre las mujeres y los niños. Los objetos y personas ritualmente impuros son peligrosos, porque, además de infectar a una persona con "aigre", pueden hacer que éste sea contraído a consecuencia del susto. Los seres sobrenaturales que causen susto son los aparecidos y los espíritus de los muertos. El encuentro con los agentes que causan susto puede ser accidental o deliberado. El susto se desarrolla hasta un estado de nerviosidad general, falta de energía, anemia, pérdida del apetito, dolor de cabeza y oído persistente, y falta de sangre y de color en el rostro.

El primero que estudió este síndrome con algún detalle parece que fue Gillin entre los años 1942 y 1948 en el dre« pocoman oriental (AAVV. SIGS, 1959: 163-197). Adams (op. cit: 30) lo describe entre los Cakchiqueles como una enfermedad complicada que si no se logra curar tiene como resultado la muerte de la víctima. La persona, repentinamente sorprendida por algo, experimenta un choque y su alma se desprende del cuerpo. Mientras el alma es llevada por el espíritu del cerro la persona puede ser susceptible de un golpe de aire que le causará mayores sufrimientos.

Entre los chortís la intensidad del susto varía desde el temor ligero hasta el terror irreflexivo, dependiendo de la cosa encontrada, pero en todos los casos se dice que el individuo ha sido "asustado"

o "agarrado por susto" (Wisdom; 1961: 357), como resultado del encuentro. Cualquier animal peligroso, como una serpiente venenosa, un toro bravo o un animal silvestre de gran alzada, asusta a las personas en los caminos solitarios durante las noches {Wisdom; 1961: 358). También los aparecidos se presentan ante las personas, especialmente si se conducen en forma inmoral, en los caminos solitarios, durante la noche (Wisdom; 1961: 359). En el caso de encuentro accidental no interviene el factor humano y se dice que el encuentro simplemente "ocurió". En caso de encuentro deliberado el responsable es el hechicero o la persona que envía la maldición (Wisdom; 1961: 360).

Entre los pocomames para asustarse la condición interna del organismo debe ser de debilidad, uno ebe ser "delicado", "tener sangre aguada". Es el agente externo lo que concretamente asusta, dando por resultado la pérdida del alma:



Uno de los casos que registramos en este grupo mayance parece ser muy claro al respecto. Cuenta el anciano Principal Mayor:

*"En el año 1898 con mis hermanos fuimos a Coatepeque y como había mucha gente en la plaza, me perdí atrás de mi hermano y comencé a gritar y va de gritar. . . Entonces vino mi hermano: "como que ahora estás conmigo ya no te vas a quedar" ■me dijo- y me trajo de una mano, pero ya me había espantado. Entonces en ese tiempo soñaba yo que allí estaba, dando vueltas. Buscamos un parchero que me curó y con eso estuvo. Me curó con montecitos, con ruda, me dio una frotada y se me quitó".*

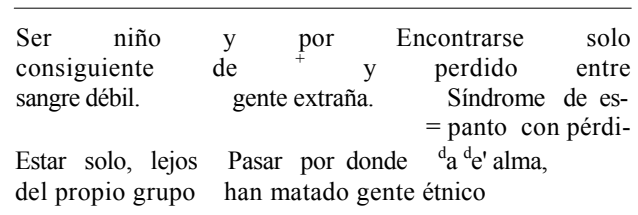
En este caso la condición interna es la tierna edad del informante; los niños son más delicados y débiles. El agente exterior es el susto de encontrarse de

- (2) Los naturales creen que cuando uno duerme y sueña el alma sale del cuerpo para andar.
- (3) Informante Marcos Lázaro, 1976, San Luis Jilotepeque, Guatemala.

repente solo en un lugar extraño entre mucha gente desconocida. Uno de los síntomas mas importantes era de soñar que se encontraba dando vueltas en la plaza; allí se había quedado el alma (2). Veamos otro caso registrado entre los pocomames (3):

*"Yo trabajaba sólito en la finca de la Frutera, cerca de Quiriguá. Estaba solo y de regreso pasaba por Quiriguá. Me habían dicho que tuviera cuidado porque por ahí espantaban. Una vez sólito venía caminando cerca de las ruinas cuando oí un ruido, como que era un animal que se bajó de un palo de mango. Entonces me espanté, llegué a la Frutera que no podía ni hablar, me tapaba la boca para no gritar; después me contaron que allí habían matado cuatro cristianos. Yo no vi nada pero me espanté y me agarró un calor frío; allí en la finca me dijeron que otros se habían espantado".*

Los dos casos se pueden esquematizar de la siguiente manera:



Resulta claro que la enfermedad de espanto es psicossomatica. El estudio sistemático de las condiciones internas y de los agentes externos permiten al investigador hacer una tipología de los factores que provocan desajustes psicossomáticos: que es lo que espanta en un grupo étnico.

2.2- Los malos vientos, "aigres" o remolino.

Una segunda categoría de enfermedades sobrenaturales son los malos vientos, "aigres" o remolino. Wisdom aclara (AAVV, 1968: 131) que en el área mesoamericana los malos vientos consisten en un daño etéreo que entra en el cuerpo a través de la boca o de heridas causando dolores y desajustes. La condición interna más susceptible de ser atacada es el cuerpo espantado. El mal aire puede alojarse en cualquier parte del organismo y quedar localizado, pero si se mueve entonces se trata de "vento-

sada por una inoportuna intervención de los espíritus o de ciertos humanos.

Entre los mayances encontramos seis clases de enfermedades sobrenaturales: el susto o espanto, el mal de aire o viento o remolino, las molestias causadas por los espíritus de los muertos, las causadas por espíritus malos, el mal de ojo y los daños infligidos por brujería. Tanto Wisdom (AAVV, 1968), estudiando el área mesoamericana, como Signorini (SIMIPAL, 1977) entre los huaves, sistematizan diferentemente estas enfermedades. Entre los chortís el susto se refiere a cualquier trastorno mental y físico de las funciones del organismo y su designación es solo parcialmente equivalente al término español "aigres". En este caso se refiere a los diversos tipos de viento o de aire que penetra en el organismo, ocasionando dolor y enfermedad.

Probablemente cada grupo mesoamericano tiene categorías clasificatorias propias diferenciadas de un sistema de ideas común.

Entre los pocomames y los chortís, así como probablemente en todos los grupos mesoamericanos, la persona "débil" es muy susceptible a los sustos, a los aigres y a la hechicería, en tanto que la "fuerte" se halla comparativamente segura (Wisdom; 1961: 354). La debilidad adquirida es ocasionada por cualquier desajuste del estado físico y emocional de la persona, que hace que el individuo se halle débil y propenso a contraer enfermedades en tanto recupera su fuerza (Wisdom; 1961: 355).

### 2.1. El susto o espanto.

Es un síndrome generalizado en el sector más tradicional de América Latina. Castro Pozo (1924: 263-307), Valdizan y Maldonado (1922) lo describen en el Perú, ya sea en su parte costera como en las sierras. Años después Gillin (1947) describirá con algún detalle los métodos de curación usados en la población mestiza de la costa.

También en el área mesoamericana el síndrome de espanto está presente doquiera. Por lo que respecta a México a esta conclusión ya había llegado Parsons en 1936. No solamente ha sido ello ampliamente documentado entre los mayas sino que también entre otras etnias mesoamericanas. Signo-

rini recientemente (1977) subrayó la existencia del espanto también entre los huaves. Wisdom (AAVV, 1968: 130) refiriéndose al área mesoamericana llega a las siguientes conclusiones: ■

*"Los espantos son causados por: 1) un miedo actual, usualmente repentino, de una u otra clase, resultante de accidentes serios y de encuentros y contactos con lo ritualmente impuro; 2) histeria, en varios grados y especialmente en mujeres, inducida por presenciar violencia y destrucción de cualquier clase; y 3) extrema tristeza comúnmente repentina e inesperada, que afecta la normal condición de equilibrio".*

Según este autor en el área mesoamericana el "susto" como enfermedad, es cualquier "shock" emocional causado por el encuentro o el temor al encuentro con algo que asusta o aterroriza. Los truenos y las tormentas eléctricas causan muchos sustos, especialmente entre las mujeres y los niños. Los objetos y personas ritualmente impuros son peligrosos, porque, además de infectar a una persona con "aigre", pueden hacer que éste sea contraído a consecuencia del susto. Los seres sobrenaturales que causen susto son los aparecidos y los espíritus de los muertos. El encuentro con los agentes que causan susto puede ser accidental o deliberado. El susto se desarrolla hasta un estado de nerviosidad general, falta de energía, anemia, pérdida del apetito, dolor de cabeza y oído persistente, y falta de sangre y de color en el rostro.

El primero que estudió este síndrome con algún detalle parece que fue Gillin entre los años 1942 y 1948 en el área pocoman oriental (AAVV. SIG, 1959: 163-197). Adams (op. cit.: 30) lo describe entre los Cakchiqueles como una enfermedad complicada que si no se logra curar tiene como resultado la muerte de la víctima. La persona, repentinamente sorprendida por algo, experimenta un choque y su alma se desprende del cuerpo. Mientras el alma es llevada por el espíritu del cerro la persona puede ser susceptible de un golpe de aire que le causará mayores sufrimientos.

Entre los chortís la intensidad del susto varía desde el temor ligero hasta el terror irreflexivo, dependiendo de la cosa encontrada, pero en todos los casos se dice que el individuo ha sido "asustado"

o "agarrado por susto" (Wisdom; 1961: 357), como resultado del encuentro. Cualquier animal peligroso, como una serpiente venenosa, un toro bravo o un animal silvestre de gran alzada, asusta a las personas en los caminos solitarios durante las noches (Wisdom; 1961: 358). También los aparecidos se presentan ante las personas, especialmente si se conducen en forma inmoral, en los caminos solitarios, durante la noche (Wisdom; 1961: 359). En el caso de encuentro accidental no interviene el factor humano y se dice que el encuentro simplemente "ocurrió". En caso de encuentro deliberado el responsable es el hechicero o la persona que envía la maldición (Wisdom; 1961: 360).

Entre los pocomames para asustarse la condición interna del organismo debe ser de debilidad, uno ebe ser "delicado", "tener sangre aguada". Es el agente externólo que concretamente asusta, dando por resultado la pérdida del alma:

Debilidad del cuerpo	+	Agente externo que asusta	=	pérdida del alma
----------------------	---	---------------------------	---	------------------

Uno de los casos que registramos en este grupo mayance parece ser muy claro al respecto. Cuenta el anciano Principal Mayor:

*"En el año 1898 con mis hermanos fuimos a Coatepeque y como había mucha gente en la plaza, me perdí atrás de mi hermano y comencé a gritar y ua de gritar. . . Entonces vino mi hermano: "como que ahora estás conmigo ya no te vas a quedar" - me dijo- y me trajo de una mano, pero ya me había espantado. Entonces en ese tiempo soñaba yo que allí estaba, dando vueltas. Buscamos un par-chero que me curó y con eso estuvo. Me curó con montecitos, con ruda, me dio una frotada y se me quitó".*

En este caso la condición interna es la tierna edad del informante; los niños son más delicados y débiles. El agente exterior es el susto de encontrarse de

- (2) Los naturales creen que cuando uno duerme y sueña el alma sale del cuerpo para andar.
- (3) Informante Marcos Lázaro, 1976, San Luis Jilotepeque, Guatemala.

repente solo en un lugar extraño entre mucha gente desconocida. Uno de los síntomas mas importantes era de soñar que se encontraba dando vueltas en la plaza; allí se había quedado el alma (2). Veamos otro caso registrado entre los pocomames (3):

*"Yo trabajaba sólito en la finca de la Frutera, cerca de Quiriguá. Estaba solo y de regreso pasaba por Quiriguá. Me habían dicho que tuviera cuidado porque por ahí espantaban. Una vez sólito venía caminando cerca de las ruinas cuando oí un ruido, como que era un animal que se bajó de un palo de mango. Entonces me espanté, llegué a la Frutera que no podía ni hablar, me tapaba la boca para no gritar; después me contaron que allí habían matado cuatro cristianos. Yo no vi nada pero me espanté y me agarró un calor frío; allí en la finca me dijeron que otros se habían espantado".*

Los dos casos se pueden esquematizar de la siguiente manera:

Ser niño consiguiente sangre débil.	y de gente	por +	Encontrarse solo y perdido Síndrome de espanto con pérdida del del
Estar solo, lejos propio grupo	Pasar por donde han matado gente		étnico

Resulta claro que la enfermedad de espanto es psicósomática. El estudio sistemático de las condiciones internas y de los agentes externos permiten al investigador hacer una tipología de los factores que provocan desajustes psicósomáticos: que es lo que espanta en un grupo étnico.

2.2. Los malos vientos, "aigres" o remolino.

Una segunda categoría de enfermedades sobrenaturales son los malos vientos, "aigres" o remolino. Wisdom aclara (AAVV, 1968: 131) que en el área mesoamericana los malos vientos consisten en un daño etéreo que entra en el cuerpo a través de la boca o de heridas causando dolores y desajustes. La condición interna más susceptible de ser atacada es el cuerpo espantado. El mal aire puede alojarse en cualquier parte del organismo y quedar localizado, pero si se mueve entonces se trata de "vento-

sidad", una forma particularmente violenta y dolorosa.

Entre los chortís se dice que los "aigres" se parecen un poco al aire o viento ordinario (Wisdom, 1961: 362). Antes que pueda penetrar en el organismo este debe estar debilitado por alguna causa, de las cuales la más común es el susto. Hay tres clases principales de "aigres", procedentes de tres fuentes distintas. La primera es considerada de origen natural y penetra en el organismo de forma accidental procedente del aire circundante. La segunda clase, contraída por contactos con personas y objetos ritualmente impuros, es más temida por su origen no natural. Sin embargo la tercera clase es la más temida de todas; el "aigre" es arrojado sobre la víctima por medio de la magia negra y deliberadamente. El que la envía puede hacerla durar mucho tiempo e, incluso hasta ocasionar la muerte (Wisdom, 1961: 364).

Giliin (1958: 308-9) que estudió el mal aire entre los pocomames lo describe como "una fuerza homogénea, cuyos efectos dependen de las circunstancias en las cuales penetra". Según este autor los miembros de ese grupo mayance se muestran recelosos ante cualquier corriente de aire, pero distinguen los aires "ordinarios" de los "malos". Ambos pueden afectar, pero mientras los primeros ocasionan malestares ordinarios, los segundos provocan alguna clase de enfermedad sobrenatural. Los malos aires, además, siempre se encuentran en derredor y penetran en el organismo, por susto, se pierde el alma. La víctima cae en postración, su alma es arrebatada por ciertos espíritus y el mal aire penetra en el cuerpo.

Nazar (RMH, 1983,50(4):210) reporta el "mal de aire" en una comunidad ladina de Santa Bárbara (Honduras), área que tradicionalmente ha sido mesoamericana. Se adquiere cuando una persona viene "sudada" luego de caminar mucho trae aire "de monte" y en la casa a que llega hay un niño tierno, y "entra de un solo". Sin necesidad de chinearle, verlo o hablarle "el mal" se le pasa al niño. Los niños se ponen llorones, de noche no duermen, les da diarrea verde. "Este mal les da a los niños menores de siete meses y especialmente a los que tienen menos de un mes".

El remolino, según nuestros informantes pocomames, parece ser un tipo particularmente fuerte de mal aire:

*"JVo permitimos dejar salir a jugar a nuestros niños a medio día, porque es mala hora; se ven cosas como fantasmas o pasa el remolino que es mal espíritu. Cuando el remolino arrebatara un niño o una persona no quedan en buena salud, con el tiempo se enferman y se ponen muy malos, vencidos por el mal espíritu. Ya no se curan y a veces hasta se mueren, porque el remolino es malo, tes ha dañado. Por eso todos los pocomames lo temen. Cuando viene el remolino en el campo, lo que hacen agarran sus sombreros para que no se los lleven, así las mujeres agarran bien fuerte los tapados. Porque si el remolino les lleva sombrero y tapado no quedan en perfecta salud, con el tiempo se enferman, más cuando llega el remolino se tiran al suelo para que pase sin hacerles daño".*

Según Smailus (XLI CÍA, 1976: 218-9), éntrelos mayas yucatecos de Belize, los malos vientos si bien existen en cualquier lugar, abundan el monte y son más peligrosos durante la noche o en las primeras horas de la mañana, cuando invaden los pueblos y atacan a los caminantes solitarios, a los niños, a los enfermos y a los que están cansados; entran en el cuerpo y enferman los órganos donde se instalan. De aquí deriva que existen malos vientos especializados para cada tipo de enfermedad. Los naturales se protegen respetando prescripciones en el vestir. Las mujeres por ejemplo, se cubren la cabeza con una toalla hasta que termina el peligro al tomar el desayuno.

### 2.3. Molestias causadas por los espíritus de los muertos.

Como hemos visto entre los pocomames, los espíritus de los muertos pueden espantar. Son los "aires de matado" que producen el síndrome descrito. No parece sin embargo que en este grupo maya los espíritus de los familiares puedan afectar como entre los cakchiqueles. Adams (IIN, 1952:29) esquematiza esta enfermedad de la siguiente manera:

<p>Descuido en proporcionar rezos, novena y misapara los difuntos miembros de la familia</p>	<p>Retorno del alma del familiar difunto, molesto por que no puede descansar</p>	<p>Importunamiento por los muertos por ~ varios síntomas incluyendo sueños, debilidad, etc</p>
--	--	--

Cuando el alma del familiar difunto "molesta" no está mal intencionada; lo único que pide al pariente negligente es el debido tributo que le corresponde. Entre los cakchiqueles, además, hay otros espíritus que resultan de los abortos (Adams, UN, 1952: 32-33) o de los niños que nacen muertos, o bien para los pocomames, de aquellos que mueren accidentalmente o les han matado. La importunación por estos espíritus se asocia muy de cerca con el apareamiento del susto y los síntomas son muy parecidos, incluyendo enmu de cimiento, incapacidad de caminar y calentura.

En toda el área mesoamericana el "hijillo" es uno de los "aigres" más peligrosos exudados por los cadáveres (llamado también "aigre de muerte") el cual permanece en ellos hasta su completa disolución. El "hijillo" puede provocar cualquier enfermedad e incluso la muerte, pero por lo general solo produce "barrillos", lastimaduras, dolores secundarios, ronchas y sarpullido en todo el cuerpo y con temperatura elevada. Los remedios que se usan para purificar el cuerpo afectado también tienen carácter preventivo con respecto al mismo mal (4).

Así por ejemplo, entre los pocomames consiste en una emanación de los cadáveres, que puede enfermar a cualquier ser humano que se encuentre en situación de debilidad, como los niños pequeños, las mujeres menstruando o embarazadas y los varones que tienen lesiones o sufren de cualquier dolencia. Nuestros informantes sintetizan la condición interna con la expresión "tener la sangre débil"; el agente externo es el mal que proviene de mirar u oler muertos, cementerios, funerales:

(4) El color rojo se usa mucho para prevenir y curar el "hijillo" así como tiene las mismas funciones para el mal de ojo. Lo cual nos hace pensar que a este color se le atribuye la propiedad de neutralizar sustancias nocivas de carácter etéreo.

"uno se pone bien enfermo con hielo, cuando mira o sale muchas veces en estos lugares".

Entre los chortís los objetos y personas ritualmente impuros llevan en el interior de sus organismos cierta clase especial de "aigre" que infecta a otros a corta distancia, este aire es llamado "hijillo" (Wisdom, 1961: 372). También las plantas son susceptibles de "hijillo" de acuerdo a su grado de debilidad en el momento del contacto.

Nazar (RMH, 1983, 50 (4): 215) reporta la etiología, el diagnóstico y la sintomatología del hijillo entre los ladinos de San Nicolás, pueblo de Santa Bárbara: "le dá a la gente por el humor que despiden los muertos y se agarra cuando una persona estando débil va al velorio de un difunto o al entierro. También le da a los recién nacidos que viven cerca de la casa del muerto. La enfermedad que ya tiene la persona se empeora, los granos se agudean, las heridas se maduran y no cierran temprano, el niño llora continuamente".

#### 2.4. Molestias causadas por los espíritus malos.

Una cuarta categoría de enfermedades son las molestias causadas por espíritus malos. Entre los cakchiqueles (Adams, UN, 1952: 31-2) además de los difuntos de la familia, la gente también puede recibir daños de los espíritus malignos. Son los niños las víctimas preferidas por los ángeles, una categoría temible de espíritus como San Rafael, San Miguel, Santa Isabel y San Gabriel. El lugar más peligroso es en los campos y en las montañas. La condición interna es la debilidad innata del niño y el agente externo la aparición y el ataque de los ángeles. Para los cakchiqueles además de los ángeles existe un espíritu que sale del agua con aspecto de mujer y vaga entre la media noche y la madrugada. Los basureros son también fuente de espíritus malignos.

Gülin reporta (SISG, 1958:306-7) que entre los pocomames están los *duendes*, enanillos que tienen apariencia ladina. Es factible hablarle a un duende y solicitarle favores, los que pueden ser concedidos, aunque siempre existe el riesgo que el solicitante o un miembro de su familia muera poco tiempo después. Luego vienen los *sisimites*, de corta estatura y que pueden adoptar cualquier sexo

tienen los pies al revés, sólo pueden ser vistos durante la noche y hablan sólo español. Las *siguanabas* son hembras que sirven de cebo para atraer a los varones, los halagan para que las sigan al río, donde los dejan sin conocimiento. El *cadejo* es un espíritu animal que se presenta como un perro monstruoso o un "tigre", con los ojos refulgentes. Habita en las montañas y asusta de muerte a las gentes.

### 2.5. El mal de ojo.

La creencia en el mal de ojo está difundida en toda el área latinoamericana (5) en la mediterránea y en la mesopotámica. Según Gillin (SISG, 1958: 313) el mal de ojo parece ser un concepto que se puede investigar retrospectivamente a través de España, los árabes y los pueblos semíticos de la antigüedad; en la Biblia se menciona varias veces. Wisdom lo delinea en sus caracteres generales mesoamericanos (AAVV, 1968' 131): las personas con los ojos luminosos e hipnóticos se consideran contaminantes y que pueden ser causa de enfermedades simplemente mirando a otras personas, animales, plantas y hasta objetos. Los más susceptibles son los que se encuentran en situación de especial debilidad, es decir las personas ya enfermas, los niños en fajas y los animales tiernos. En el mal de ojo además, no hay vientos que penetran en el cuerpo débil, ni tampoco el trastorno es provocado por espíritus, como en los casos precedentes, sino por seres humanos.

Nazar (RMH, 1983,50(4):215) Lo reporta en el departamento de Santa Bárbara entre los ladinos de San Nicolás; se adquiere cuando una persona que fue ojeada en su niñez o una embarazada primigesta ven al infante siendo "muy fuertes de vista". Como consecuencia el niño llora continua-

(5) Suárez reporta esta enfermedad <XL CÍA, 1972:385) entre los criollos de los Andes venezolanos como un malestar de la primera infancia. Según la autora si un individuo de sangre áspera y dura se siente atraído por las gracias y simpatía de un niño sin desearle al mismo tiempo "que Dios lo ampare y lo favorezca.", se produce un choque entre la sangre de ambos y surge el cuadro sintomático del mal de ojo. El niño sufre diarrea y vómitos y se supone que puede morir si no es tratado a tiempo.

mente, se pone inquieto, le aparece diarrea con abundante moco y los ojos se le ponen pequeños y hundidos; el hecho de que un solo ojo se le ponga chiquito es una señal de que el niño está "ojeado". Ya antes Adams había reportado el "mal de ojo" entre los ladinos del área maya (1964:204) como una creencia muy difusa que tiene todas las características propias que presenta entre los naturales.

Adams (UN, n. 17, 1952:33) que estudió el mal de ojo entre los cakchiqueles, esquematiza esta afección de la siguiente manera:

Debilidad natural del niño más descuido de la madre al no guardarlo con celo; mientras más bonita es la criatura hay más propensión al mal	Mirada o contacto de una persona con sangre fuerte, o mirada de alguien que desea ardientemente un hijo,	Mal de ojo, el niño ha sido ojeado, varios síntomas tales como llanto frecuente, debilidad, etc.
--	--	--

Algunas mujeres se encuentran en una situación de tener "sangre demasiado fuerte", como estar embarazadas o tener menstruación y ojear involuntariamente cualquier criatura. La fortaleza de la persona puede también ojear a través del cariño externado con caricias y besos. El estado de mayor debilidad en el cual se encontrará el niño ojeado lo hará más susceptible a otras enfermedades.

Gillin (SISG, 1958: 312) reporta los mismos datos entre los pocomames, agregando que el poder que tienen ciertas personas de producir el mal de ojo es intermitente; es decir una persona puede tener el poder de producir el mal de ojo en la mañana y perderlo en la noche o tenerlo un día y perderlo al siguiente. Además, no hay signos exteriores que permiten reconocer este poder. En el mismo grupo maya nosotros pudimos recoger algunos datos que completan el cuadro reportado por Guillin. Nos aclaran nuestros informantes (6):

*li*El mal de ojo agarra un niño cuando lo mira una mujer o un hombre con la sangre fuerte, caliente. Es por si solo lo mira y no lo chinea porque así sa-



*len ronchas en la piel. Si el niño comienza a moverse nervioso, a empujar con los pies o con las manos \es mejor decir a la mujer que hizo el ojo que le ponga con su misma boca un poco de su saliva en la boca del niño y que haga una cruz con la misma saliva sobre la frente del niño y que lo chinee envuelto en su enagua. Así no le salen ronchas al niño y con una o dos veces que se haga esto, luego se compone. Lo mismo pasa cuando una mujer tiene sus reglas o cuando está embarazada o cuando haya tomado un traguito. Se puede curar también con un huevo que uno le pase por el cuerpecito.*

*"Una mujer afecta más a los varones y un hombre afecta más a las hembras. Ya cuando uno se pone viejo no tiene más ganas de muchachitos y puede mirar a todos los que quiere sin afectarlos con el mal de ojo. Más le gusta un muchachito más le afecta y le pega el mal de ojo una mujer".*

Según Wisdom (1968: 131) similar al mal de ojo es la enfermedad de "sangre fuerte", posiblemente relacionada con la de "sangre caliente" de los yucatecos; en efecto como hemos visto, el agente exterior; no en el mal de ojo es siempre una persona de sangre fuerte. Estas enfermedades además tienen las mismas prevenciones y las mismas curaciones y en algunos casos a la misma persona que provoca la enfermedad se le pide que cure, según el principio maya que quién provoca el daño puede también curarlo y viceversa.

## 2.6. Daños infligidos por brujería.

Además del mal de ojo la otra importunación causada por seres humanos es el hechizo o brujería. Como en el caso precedente el área de esta creencia es muy amplia. Wisdom (AAVV, 1968: 132) la delinea en el área mesoamericana como espantos y malos vientos enviados, por medio de prácticas mágicas de un brujo, al cuerpo de la víctima por medio de magia imitativa. También entre los chortís el

apoderamiento mágico se deriva de la introducción de sustancias nocivas en el cuerpo y del daño causado al organismo por medio de la magia simpática (Wisdom, 1961: 353).

El brujo puede introducir en el estómago de la víctima toda clase de animales repugnantes (Wisdom, 1952: 132) o "mal de aire". Cuando el brujo introduce mal de aire en el organismo de la víctima, la enfermedad se presenta con síntomas inequívocos: melancolía, enorexia, palidez general y convencimiento, por parte de la víctima que está cerca la hora de su muerte. Sin embargo la enfermedad más temida causada por brujería es el "susto" y para cuya curación hay que usar en parte procedimientos mágicos.

No solamente el brujo sino también cualquier persona puede causar daño deseándole continuamente y con intensidad, para sus enemigos. Para esto se queman candelas en las gradas externas de la Iglesia. Ya sea que el hechizo sea enviado por un brujo o una persona cualquiera su estudio presenta muchas dificultades y el argumento se presenta tan amplio que merece ser tratado especialmente. Entre los chortís se dice que el envío de maleficios sobre enemigos personales sin la intervención de hechiceros profesionales, es acostumbrado especialmente por mujeres (Wisdom, 1961: 379). El envenenamiento por magia es otro método común para hacer daño a un enemigo.

Algunas prácticas, como maltratar o enterrar la imagen de la víctima, son probablemente de origen español, si bien se podrían reportar ejemplos de magia simpática indígena en casi toda el área mesoamericana. Por ejemplo quemar una de las mazorcas de la víctima puede causar daños a sus cosechas. El brujo además tiene la capacidad de aparecerse a la víctima bajo la forma de un animal inocuo para infligirle la enfermedad. La capacidad de transformarse en animal para hacer daño es universalmente reconocida al brujo en toda el área mesoamericana. Esto acaece especialmente de noche, cuando los brujos se transforman en lechuzas; animales estos que son considerados símbolos de muerte y enfermedad. Los brujos, además, envían enfermedad con insectos que usan mensajeros.

(6) Datos recogidos por Alessandra Morini. Informantes Juana Gómez Damián de 41 años y su padre Toribio Gómez, de 76 años de edad. San Luis Jilotepeque 1976.

### 3. Consideraciones sobre los conceptos fundamentales.

#### 3.1. Los orígenes últimos de la enfermedad.

Como ya subrayó Wagley (SISG, 1957: 220) en su investigación sobre los mames y como pudimos comprobar entre los pocomames, aunque los mayas reconozcan, en el primer grupo de enfermedades aquí analizadas, la intervención de las causas naturales, creen que las bases del infortunio tenga sus orígenes últimos en la voluntad divina. Es decir, aunque uno se enferme por haber comido algo inadecuado, siempre pensará que algo no funciona en su relación con el mundo sobrenatural. Esto aún cuando la causa inmediata pudo haber sido fácilmente identificada y racionalmente explicada.

Esta actitud se encuentra también entre otros grupos mesoamericanos. Por ejemplo entre los huaves (Signorini, SIMIPAL, 1977) que llaman a las enfermedades naturales, "de Dios", aunque sus causas sean expresables claramente como provenientes del medio.

Por consiguiente la clasificación aquí adoptada de las enfermedades en naturales y sobrenaturales se refiere exclusivamente a las primeras causas, a los agentes externos inmediatos y no a las causas íntimas que rigen las leyes de la vida, porque en este último sentido todas las enfermedades serían sobrenaturales.

Wagley (1957: 221) refiere como entre los mames los resfríos más comunes a última instancia son producidos por violación a una costumbre; Dios envía el mal de ojos a aquellos que alguna vez se rieron de un ciego. Se podría enumerar una larga lista de estos casos entre los demás grupos mayancees. Con frecuencia no se puede identificar la causa que ocasionó la enfermedad. El párroco de un pueblo pocoman nos explicaba que muchos naturales llegan a confesarse porque tienen algún malestar físico: "Padre tengo dolor de estómago porque le pegué a mi mujer". Así mismo cuando hay alguna

epidemia de sarampión enseguida la comunidad paga algunas misas o efectúa los ritos propiciatorios tradicionales. Gillin subraya en su trabajo sobre el espanto mágico (SISG, 1959: 324) como el curandero en sus prácticas terapéuticas confiesa al paciente reconociendo implícitamente la relación entre el enfermo y las eventuales faltas cometidas que hubieran podido motivar el castigo.

#### 3.2. Equilibrio calor-frío.

Otra base fundamental del sistema conceptual maya es el equilibrio de calor y frío. Como hemos observado tratando de las dos primeras clases de enfermedades, las derivadas de acaloramiento y de enfriamiento del cuerpo, es fundamental en el sistema maya de ideas, el equilibrio de lo caliente y de lo frío.

Esta formulación sobre la enfermedad era también uno de los aspectos más importantes de la medicina académica española del siglo XVI (Foster, 1967: 186; Madsen, 1965: 97). Ingham (1970:77) señala las raíces griegas de la patología humoral y la relaciona con formas de pensamiento similares de Birmania y de la India. En la religión azteca existieron ideas muy similares y todo parece indicar que tales dualismos son una parte del pensamiento humano.

En el área mesoamericana parece que el sistema de calor y frío incluye no solamente remedios y enfermedades, sino también se extiende hacia la clasificación de los alimentos (5).

En este sistema de conceptos mesoamericanos para mantener la salud es determinante el equilibrio simbólico entre calor y frío. La alteración de este balance ofrece las pautas para diagnosticar y tratarla enfermedad. Nótese además, que no siempre este equilibrio se refiere a la temperatura, en efecto las calidades frío y caliente son intrínsecas a algunos alimentos. Ningún pocoman o Kekchi pudo nunca explicarnos exhaustivamente por qué la sal es considerada fría y por qué el elote caliente. Parece que los sabores y los olores también son conceptualizados en categorías duales.

La importancia de este equilibrio simbólico parece extenderse también a las enfermedades sobrenatu-

(5) Cfr. a este respecto los datos reportados entre los pocomames (Gillin, 1958; Massajoli y Ghidinelli, UIGM, No. 5, 1975: 891) del macrogrupo mayance y entre los otomíes mestizos (Ryesky, XL CÍA, 1974 Vol. IH: 350-356) de México.

rales. Como resultado del susto, el frío o un aire pueden entrar en el cuerpo por la susceptibilidad que adquiere la persona a causa del desajuste. El pocoman si se da cuenta o sospecha haberse espantado se tapa bien y cuida de no exponerse a las corrientes de aire. Patrones idénticos han sido reportados por Ryesky (1976: 353) de entre los otomíes mestizos de México.

Entre los pocomames es el espíritu que da calor al cuerpo, la sangre fuerte; es por eso que el cadáver es frío, porque se le ha ido el espíritu. En el espanto saliéndose el espíritu entran los aires malos o frios.

La problemática del balance entre cualidades simbólicas tiene ulteriores implicaciones en el área mesoamericana. El cuerpo en estado de salud posee un equilibrio entre calor y frío. Cambiar este balance significa provocar un estado de enfermedad. El exceso de calor puede provocar malestar pero la mayoría de las enfermedades tienen que ver con una sobreabundancia de frío en el cuerpo.

### 3.3. La integración en el equilibrio cósmico.

En Guatemala el principal problema ambiental de los mayas se refiere a la falta de tierras y a su progresiva degradación con los consecuentes cambios climáticos que tienden a un clima más seco. Aún hoy, como en el período preclásico maya, la sobrevivencia de los naturales depende del crecimiento del maíz, de las lluvias y de las sequías, es decir de las variaciones del calendario agrícola.

---

Véase a este respecto las analogías con los tukanos y los Kogi de Colombia, dos grupos no solo diferentes culturalmente de los mayas, sino también entre ellos (Reichel-Dolmatoff, 1977).

Para los sacerdotes médicos prehispánicos y para muchos curanderos, el hombre, por su naturaleza, es parte de la divinidad y la anatomía humana reproduce la del universo. En los personajes plasmados en las estelas de Copan, la parte superior del cuerpo corresponde al plano celeste y la inferior al terrestre, mientras que el ombligo corresponde al centro del mundo. Así como el cuerpo humano es un sistema en equilibrio, también el universo está regido por ciertas leyes que -como fuerzas divinas- lo mantienen en equilibrio. El microcosmos humano es parte de este sistema ecológico y el modo en el cual el grupo se armoniza con el medio ambiente determina cualitativamente la cultura. Solo ajustándose perfectamente al medio ambiente la comunidad resolverá sus problemas de sobrevivencia.

El objeto de los ritos propiciatorios mayas es garantizar en el orden natural, la secuencia exacta de las estaciones, junto con el crecimiento y el rendimiento del maíz y del frijol. El sistema de vida debe ser funcional para sobrevivir y está sancionado en las costumbres de la comunidad. Violar una de estas normas trae inexorablemente como consecuencia el castigo sobrenatural. Como hemos visto, uno de los castigos divinos es la enfermedad, aún cuando es considerada determinada por causas inmediatas naturales.

Como para otros grupos indígenas de América (6), también para los mayas todas las enfermedades se creen sean el resultado de la malevolencia expresa de las fuerzas externas. Estos aspectos biológicos y culturales de la conducta humana están expresados en la ideología social como costumbres. Los patrones de acción deben estar sujetos a elementos sobrenaturales "nuestro Padre y nuestra Madre" a los cuales hay que alimentar.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ADAMS Richard, 1952. Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. Publ. n. 17, Instituto Indigenista de Guatemala.
- 2.- ADAMS Richard, 1964. Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala. Seminario de Integración Social Guatemalteca. Guatemala.
- 3.- CASTRO POZO Hildebrando, 1924. "Nuestra comunidad indígena" en Lucero, Lima: 263-307.
- 4.- CONZEMIUS Eduardo, 1932 Ethnographical Survey of the Miskito and Simu Indians of Honduras and Nicaragua, Washington, U.S. Government Office: 191 págs.
- 5.- FOSTER George, 1967. Tzintzuntzan: Mexican Peasant in a Changing World: Little Brown Co. Boston.
- 6.- GHIDINELLI Azzo, 1981. "La investigación etnomédica y su sectorialización" Guatemala Indígena, Vol. XVI, n. 1-2: 1-46 Guatemala.
- 7.- GILLIN John, 1947. Moche, A Peruvian Coastal Community. Smithsonian Institution, Washington.
- 8.- GILLIN John, 1958. San Luis Jilotepeque. Seminario de Integración Social Guatemalteca, Guatemala.
- 9.- GILLIN John, 1956. "El Espanto Mágico" en AAVV, Etnografía de Guatemala, Seminario de Integración Social Guatemalteca, Guatemala.
- 10.- INGHAM John, 1970. "On Mexican Folk Medicine", American Anthropologist, n. 72: 76-87.
- 11.- KIRCHHOFF Paul, 1968. "Mesoamerica", Heritage of Conquest, S. Tax y otros, The Free Press Publishers, Glencoe, Illinois. Reimpreso de Acta Americana; vol. 1(1943).
- 12.- MADSEN Claudia 1965; A study of change in Mexican Folk Medicine. Middle American Research Institute, Publ. 25, Tulane Univ., New Orleans: 89-134.
- 13.- MASSAJOLI Pierleone y Azzo Ghidinelli, 1975. "I Pokomanm Orientali: ralimentazione", L'Universo, Instituto Geográfico Militare Italiano, Año LV, n, 5, Firenze: 873-900.
- 14.- NAZAR H. Nicolás, 1983. "Estudios sobre la Medicina Folklórica en el Municipio de San Nicolás, Santa Bárbara", Revista Médica Hondureña, 50(4) Tegucigalpa: 210-216.
- 15.- PARSONS Elsie Clens, 1936. Mitla: Town of the Souls, another Zapoteco-speaking peoples of Oaxaca, México, University of Chicago Press.
- 16.- REICHEL DOLMATOFF G., 1977. Conceptos indígenas de enfermedad y de equilibrio ecológico. Los Tucanos y los Kogi de Colombia. Simposio Internazionale Sulla Medicina Indígena e Popolare dell'America Latina. Roma (mimeografiado).
- 17.- RYESKY Diana, 1976. "Conceptos populares de enfermedad y su relación al sistema de calor y frío en un pueblo otomí mestizo", Actas del XLI Congreso Internacional de Americanistas, vol. II, México: 350-6.
- 18.- SIGNORINI italo, 1977. "Classificazione delle malattie presso i Huave", Simposio Internazionale sulla Medicina Indígena e Popolare dell'America Latina, Roma.
- 19.- SMAILUS Ortwin, 1976. "El concepto de los espíritus del monte (aluxoob) en la mitología de los mayas yucatecos modernos", Actas del XLI Congreso Internacional de Americanistas, vol. III, México: 217-23,
- 20.- SUAREZ María Matilde, 1972, "Enfermedades populares, causas y tratamientos: el caso de El Morro, en los Andes Venezolanos", Actas del XLI Congreso Internacional de Americanistas, vol. III, México.
- 21.- WAGLEY Charles, 1957. Santiago Chimaltenango: estudio antropológico-social de una comunidad indígena de Huehuetenango. Tipografía Nacional, Seminario de Integración Social Guatemalteca, publ. n.4. Guatemala.
- 22.- WISDOM Charles, 1961. Los Chortís de Guatemala. Ministerio de Educación Pública Seminario de Integración Social Guatemalteca, publ. n. 10, Guatemala.
- 23.- WISDOM Charles, 1968. Heritage of Conquest. Ed. Sol Tax y otros, The Free Press Publishers, Glencoe, Illinois.

(Canto al Dermatólogo.)

## "A Solas con la Piel"

Dedicado a los Especialistas  
Hispano y Lucitano - Parlantes del mundo

*Oh Piel, mi átomo rebelde,  
que encierras mil incógnitas y el vibrar de un rubor  
de epidermis raciales;  
de odios y bondades.  
y pétalos glaciales.  
Membrana hecha mucosa . . .  
pelos, uñas y amor.  
Secreto colorido,  
de ondulante sabor.*

*Tersura que en tus nervios, se convierte en calor,  
permíteme atraparte, como halcón al azor,  
que encamina florido, todo un nuevo latido  
de prurito y fulgor.*

*Plural, quieta has dormido,  
en múltiples pasiones  
que al recibir el néctar  
en dermis azuladas,  
caucásicas, cobrizas  
o en moreno esplendor.*

*Cobija amalgamada. . . .  
en células recónditas  
y lluvia en desmosomas,  
de tactos enervantes  
que efluyen del misterio  
de los fecundos genes. . . .  
de sal y cromosomas.*

*Te escribo con mi tinta  
sellada en tu epitelio. . . .  
que todo lo percibe. . . .  
intuye y lo concibe  
y esconde en fantasías  
de fáneras y glándulas  
en infinitas sombras. . . .  
donde está todo, todo. . . .  
que se esconde en incógnitas,  
en un sol que es la orilla. . . .  
del "yo interno" a su modo.*

XIV  
Congreso, C. A.  
de Dermatología


San Salvador  
Oct. 1984

*Oh cosmos microscópico  
que medroso navegas,  
en ciencia y lejanías. . . .  
de solemne hidalguía  
y linfa que es nutriente,  
en vivaz cercanía.*

*¡Oh piel, euforia mía!  
mi canto incomprendido  
de extensos intervalos;  
lo extraigo y lo cultivo  
entre cadenas médicas  
de cielo en biología.*

*¡Especialista en piel  
Columna inquisitiva!  
¡Dermatólogo indómito,  
remolino en lo eterno!  
que en sinfín de epidermis  
a ti me rindo dócil,  
en tu pórtico ignoto,  
de riachuelos sanguíneos  
en vértices nutricios  
de pigmento melánico;  
hurtando a las palabras  
la magia de tus albricias  
y al silente desánimo  
que reto a tus delicias  
de membranas y células,  
prolíficas titánicas.*

Con afecto del autor

  
Dr. Héctor Lainez N.  
Servicio de Dermatología,  
Hospital Escuela, U.N.A.H.  
Tegucigalpa, Honduras, C. A.

# VISLUMBRE HIPOCRATICO

*Br. Mireya Xiomara Hiza Daccarett \**

El médico es un ser humano que muchas veces debe dejar de serlo y convertirse casi en una máquina, para no sentir cansancio ni dolor, aún después de treinta y seis horas de vigilia.

Para asistir a Casos, estudiar, velar por sus enfermos, las veinticuatro horas del día, olvidando que tiene exigencias y necesidades que le son propias a su condición humana, tales como comer, dormir y disponer de unos momentos de privacidad, para compartir con los seres que más le aman y que también le necesitan.

Pero a la vez, debe ser tan intensamente humano como para compadecerse ante el dolor y el sufrimiento de un semejante, compartirlo y aliviarlo hasta donde le sea posible.

Para tener siempre a flor de labios una sonrisa que brindar, a ese ser triste y desvalido, para quien él es una balsa, a la que necesita desesperadamente asirse. Una sonrisa que transmita amor, ánimo, fortaleza, aun cuando en su interior sea una triste lágrima.

Debe ser lo suficientemente humano, para dar ternura y amor a ese niño que llora; para transmitir vida a esos ojos tristes y opacos; para escuchar pacientemente a esa madre desesperada, a ese joven angustiado, a ese anciano que se siente solo.

Debe olvidarse de sí mismo, para entregarse enteramente a aquellos que necesitan de su atención; de un poco de su tiempo; de unas palabras de ánimo y consuelo; de unos oídos atentos; de una sonrisa dulce; de alguien con quien compartir su pesada carga.

Debe ser lo suficientemente humano, para volverse niño con los niños; para volverse adolescente y joven frente a los jóvenes; para ser maduro cuando trate con adultos y para convertirse en viejo cuando esté con los ancianos, y así, de esta manera, poder comprender a cada uno según sus necesidades, sentimientos y preocupaciones.

El médico debe tener fe, una fe profunda y verdadera, para que ésta pueda darle la fortaleza física y espiritual que necesita para desempeñar sin egoísmos, con esmero y entusiasmo su ardua labor.

El médico muchas veces debe olvidar que es humano, para poder ser realmente HUMANO. Porque solamente un SER HUMANO puede olvidarse de sí mismo para darse a los demás; no necesita ser Dios, únicamente inundar de amor su alma mortal.

El médico debe ser lo suficientemente humano, para acercarse a ser divino y a la vez debe estar consciente de que no es divino, para poder ser más HUMANO.

Finalmente, NECESITA ser HUMANO para poder ser MEDICO; el médico sin humanidad no merece el honor de llevar tan NOBLE TITULO.

---

Estudiante de V año de la Facultad de Medicina de Honduras.

## SECCIÓN GREMIAL

### Homenaje de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras a la Promoción de Médicos Egresados en el año de 1959.

La Junta Directiva del "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS" a través de la Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales homenajeó a Médicos de la "PROMOCIÓN DE 1959" y que en este año cumplen "25 AÑOS DE EGRESADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS"; en el Auditorio del Instituto Hondureño de Seguridad Social de esta ciudad, el sábado 24 de marzo de 1984 de las 7:00 p.m. en adelante, para lo cual se giraron las invitaciones correspondientes a los festejados, familiares de los Médicos fallecidos de esta Promoción, a los que se rindió homenaje póstumo. Al final de los actos programados para esta ocasión se entregó a cada uno de ellos un Pergamino con la siguiente leyenda:

"COMO UN RECONOCIMIENTO POR SU DESTACADA LABOR PROFESIONAL Y HUMANA EN FAVOR DEL PUEBLO HONDURENO, DURANTE SUS 25 AÑOS DE EGRESADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS".

Los Médicos de esta Promoción son los siguientes:

1. Dr. Juan Ayestas López
2. Dr. Juan Ángel Bueso Arias
3. Dr. Ramiro Coello Núñez (Q.E.P.D.)
4. Dr. Manfredo Chirinos V.
5. Dr. Jorge Durón García (Q.E.P.D.)
6. Dr. Ernesto Fiallos F.
7. Dr. Benjamín Fortín M.
8. Dr. J. Radegundo García G.
9. Dr. Carlos Godoy Arteaga
10. Dr. Miguel Ángel Guerrero (Q.E.P.D.)
11. Dr. Alberto Elias Handal
12. Dr. José Elias Handal
13. Dr. Mario Duilio Lanza S.
14. Dr. Alejo Lara López
15. Dr. Germán R. Madrid Zelaya
16. Dr. Miguel Oquelí Colindres
17. Dr. Roberto Oviedo Cubas
18. Dr. Humberto Pineda Santos
19. Dr. Conrado E. Rodríguez O.
20. Dr. Marco Antonio Sosa Vidal
21. Dr. Eduardo Talavera Westin
22. Dr. Fernando Tomé Abarca
23. Dr. Roberto Villalobos Castillo.

Nuestro saludo a los distinguidos colegas de la  
"PROMOCIÓN DE 1959"

## Resolución de la XVII Asamblea de Delegados del Colegio Médico de Honduras, en San Pedro Sula el 11 de Octubre de 1984

La XVIIa. ASAMBLEA DE DELEGADOS DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS", reunida en la ciudad de San Pedro Sula, el día jueves 11 de octubre del presente año,

### CONSIDERANDO:

Que en los actuales momentos se discute en el seno del honorable Congreso Nacional el Proyecto de Presupuesto General de la República, e inspirada en los valores permanentes de nuestra nacionalidad y cumpliendo con el deber ineludible de participar activamente en el análisis y solución de los problemas nacionales, con énfasis en el campo de la salud como lo ordena la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras en armonía con la Constitución de la República:

Acuerda, unánimemente, elevar la presente PETICIÓN PÚBLICA, ante el excelentísimo señor presidente constitucional de la República, ciudadano doctor en Medicina y Cirugía Roberto Suazo Córdova, y al soberano Congreso Nacional, fundados en los siguientes hechos:

- 1.- En el orden jurídico nacional, la salud pública posee prioridad consagrada constitucionalmente.
- 2.- El Presupuesto General de la República debe contemplar aumentos sustanciales en los Programas de Medicina Preventiva, especificada, no circunstancialmente cuando las epidemias están declaradas, para lograr liberar a nuestra niñez de estas enfermedades ya erradicadas en países centroamericanos.
- 3.- Los Programas de Saneamiento Básico no deben subestimarse presupuestariamente, más bien merecen incremento de fondos con el objeto de evitar el deterioro de la salud de las áreas marginadas de las ciudades y del campo. También, por virtud de compromisos internacionales suscritos por el Estado de Honduras, no debe disminuirse el rubro de control de transmisiones del Dengue y la Malaria, principales azotes de nuestras comunidades urbanas y rurales.

4.- Un incremento del lo/o a las partidas de atención médica hospitalaria es tan insignificante que podemos vaticinar una insuficiencia integral del funcionamiento de los hospitales y centros asistenciales existentes, lo cual se agravará con la apertura de los nuevos centros hospitalarios próximos a inaugurarse.

5.- El hecho de contemplar una asignación presupuestaria raquítica como la proyectada para Salud Pública, condena a nuestro pueblo pobre al pago de cuotas de recuperación cada vez más caras por su atención en salud, lo cual es condenable e injusto.

6.- Profunda preocupación ha causado a la Asamblea de Delegados del "Colegio Médico de Honduras", observar los siguientes aspectos presupuestarios:

a) El proyecto de Presupuesto contiene sólo un incremento del 1.7o/o (2.7 millones de lempiras) para la Secretaría de Salud Pública, mientras que la Secretaría de Defensa obtuvo 30 millones de aumento. Educación Pública 76.8 millones y Comunicaciones y Obras Públicas 82.8 millones de lempiras.

b) El proyecto es visiblemente inferior al aprobado en el año 1982 a pesar de que el deterioro de la salud aumenta en forma alarmante y, por su parte la población crece con un ritmo de 3.4o/o anual, lo que significa que para el cercano 1986 habrán 5.4 millones de hondureños, comparable este crecimiento explosivo de nuestra población con algunos países del África que viven en condiciones infrahumanas.

c) Al momento de leer estas líneas centenares de miles de niños están muriendo en nuestro país por falta de recursos para una mejor atención de salud. Cada disminución real en el Presupuesto de Salud aumenta la mortalidad en general y nos referimos específicamente a la mortalidad infantil por que en la niñez está el futuro del país.



d) Como consecuencia de esta falta de recursos para la Salud el 72.50/o de la población infantil es desnutrida. Esta trágica y alarmante proporción reta a los hombres conscientes a tomar decisiones heroicas.

e) El análisis exhaustivo del Proyecto de Presupuesto no proporciona justificación alguna para menospreciar los gastos en el ramo de la Salud Pública, fundamento de la riqueza nacional.

7) Es visto que la cantidad proyectada en el Presupuesto de la Secretaría de Salud Pública, no la habilita adecuadamente para responder a las necesidades, políticas y programas señalados como prioritarios por el Poder Ejecutivo.

8) La Salud es requisito fundamental para optar a una ruta de progreso individual y colectivo, es un bien y fundamento necesario para aspirar con éxito a la educación, al trabajo, a la cultura y al digno orgullo de nuestra nacionalidad y al respeto de nuestra soberanía.

En consecuencia la XVIIa. Asamblea de Delegados del "Colegio Médico de Honduras", PUBLICAMENTE SOLICITA:

1o.- Un análisis más reflexivo sobre la redistribución de los ingresos del Estado, procurando un aumento a la asignación actual, de 50 millones de lempiras para la Secretaría de Salud Pública.

2o.- Sin oponerse al mejoramiento presupuestario de las ramas correspondientes a Educación Pública, Defensa, Comunicaciones y Obras Públicas, reclama no obstante que se aumente el Presupuesto a Salud Pública, precisamente para intensificar la atención médica a los soldados, maestros, estudiantes, obreros, campesinos y la niñez hondureña.

3o.- Que se permita a una Comisión Representativa del "Colegio Médico de Honduras" participar

tanto a nivel de Comisión Dictaminadora como en sesión plenaria para exponer ante el honorable Congreso Nacional todos los argumentos que justifican la solicitud de un incremento sustancial en el Presupuesto de Salud de 50 millones de lempiras.

4o.- Pide, enérgicamente, que se respete la prioridad de la Salud Pública como un instrumento encaminado a superar el citado subdesarrollo y poder iniciar un despegue económico y social aumentando las condiciones humanas para la defensa de la soberanía y la integridad territorial de Honduras.

Dado en la ciudad de San Pedro Sula, departamento de Cortés, a los once días del mes de octubre de mil novecientos ochenta y cuatro.

Por la JUNTA DIRECTIVA DEL  
"COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Dr. JOSÉ ADRIÁN CHAVARRIA MEJIA,

Comayagua, Comayagua Dr.

HORACIO RAMÓN ORTEGA S.,

Choluteca, Choluteca Dr.

FÉLIX JAVIER MEJIA NAPKY,

Danlí, El Paraíso Dr.

ARMANDO N. DELGADO ZEPEDA,

El Progreso, Y oro Dr.

NICOLÁS IRÍAS ZELAYA,

Juticalpa, Olancho

Dr. ARTURO JOAQUÍN VENEGAS,

La Lima, Cortés

Dr. SALVADOR DÍAZ ZELAYA,

Puerto Cortés, Cortés Dr.

HÉCTOR RODRÍGUEZ PEÑA,

Santa Bárbara, Santa Bárbara Dr.

HUMBERTO PINEDA SANTOS,

San Pedro Sula, Cortés Dr.

FRANCISCO ALBERTO HERNÁNDEZ S.

Santa Rosa, Copan Dr. MARCO

TULIO VASQUEZ VALLADARES,

Tela, Atlántida

Dr. ESSAU CONRADO CASTILLO GUTIÉRREZ,

Coyoles Central, Yoro.

## Texto de las Resoluciones de la XXIII Asamblea del Colegio Médico de Honduras, celebrada en Choluteca en febrero de 1984

TEXTO DE LAS RESOLUCIONES APROBADAS POR LA XXIIIa. ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DEL «COLEGIO MEDICO DE HONDURAS», CELEBRADA EN LA CIUDAD DE CHOLUTECA, DEPTO. DE CHOLUTECA, LOS DÍAS 8 Y 9 DE FEBRERO DE 1984.

### 1. SOBRE PROBLEMA DE AUSENTISMO EN LAS ASAMBLEAS GENERALES.

Se unen ambas Comisiones (Comisión de Estudio y Comisión de Dictamen) y ambas elaboren un solo documento el cual será presentado en una próxima Asamblea Extraordinaria en un plazo no mayor de tres (3) meses, basándose en el hecho de que hay cambios en el Reglamento Interno del "Colegio Médico de Honduras" y es ideal un mayor número de colegiados para su aprobación.

### 2. GESTIONAR LA CREACIÓN Y VIGENCIA DE LA LEY DEL ESTATUTO DEL EMPLEADO MEDICO.

Nombrar Comisión de Estudio que dictamine sobre el Anteproyecto de Ley de Estatuto del Empleado Médico y aprobado este Anteproyecto en Asamblea General Extraordinaria, la Junta Directiva haga las gestiones para la emisión de la Ley del Estatuto del Empleado Médico.

### 3. REVISIÓN DE LEYES Y REGLAMENTOS DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS" Y REGLAMENTO DE DEBATES.

Nombrar Comisión que revise totalmente las Leyes y Reglamentos proponiendo cambios recomendables, incluyendo un Reglamento de Debates. La Comisión informará a la Junta Directiva dentro de los siguientes siete (7) meses.

### 4. POSIBLES DEDUCCIONES SALARIALES PARA EL FONDO SOCIAL DE LA VIVIENDA (FOSOVI).

Que la Junta Directiva se informe a profundidad del Proyecto de Ley del Fondo Social de la Vivienda (FOSOVI) y emita su opinión tratando de proteger a sus agremiados.

### 5. PLAZAS PARA SERVICIO SOCIAL DE MÉDICOS EGRESADOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DE POST GRADO.

La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" a través de la Secretaría de Acción Social y sus Representantes ante la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud e "Instituto Hondureño de Seguridad Social", atendiendo invitación de los Médicos próximos a egresar del Programa Nacional de Residencias de Postgrado hagan las gestiones pertinentes ante los organismos y autoridades de las instituciones estatales, autónomas y semi-autónomas para lograr la contratación de todos los egresados del Programa Nacional de Residencias de Postgrado para cumplir su Servicio Social de Especialistas para proporcionar servicios médicos especializados.

Que se garantice una verdadera política de proyección presupuestaria para proporcionar empleo a los recursos humanos formados en este Programa, cuya formación representa un alto costo económico y social con el propósito fundamental de dar óptimos servicios de salud al pueblo hondureño. Que las plazas que actualmente existen en el Ministerio de Salud Pública, "Instituto Hondureño de Seguridad Social", Universidad Nacional Autónoma de Honduras, entidades autónomas y semi-autó-

nomas sean otorgadas preferentemente a Médicos hondureños.

VOTO DE RECONOCIMIENTO A LA JUNTA DIRECTIVA DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS", PERIODO 1982 - 1984.

La XXIIIa. Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras" reunida en la ciudad de Choluteca, emite un voto de reconocimiento público a la Junta Directiva del período 1982-1984 por la labor desarrollada, el entusiasmo y el interés manifiesto durante su gestión, se emita Pronunciamiento Público y se extiendan Diplomas de Reconocimiento a los miembros de la Junta Directiva 1982-1984.

Asimismo se hace llamado a la unidad gremial alrededor de los altos valores científicos y éticos que dignifican el ejercicio de la profesión médica, excitando a todos los médicos del país a olvidar pequeñas diferencias y exaltar las grandes coincidencias que nos unen para un gremio médico fuerte y unido.

CUMPLIMIENTO DE MANDATO CONSTITUCIONAL SOBRE SALUD.

Que la Junta Directiva vele porque el Gobierno cumpla con el mandato constitucional de que la salud sea prioritaria y que el próximo año le otorgue presupuesto acorde a sus necesidades.

APOYO A PROTESTA DE LA "SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE HONDURAS".

1o. Apoyar a la "Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras" en su protesta por el irrespeto que se demuestra a la mujer hondureña en las publicaciones de los diarios "El Herald" y "La Tribuna" del 25 de enero de 1984.

2o. Censurar al Cuerpo de Redacción de "El Herald" por la forma insultante en que se da respuesta a la "Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras".

3o. Publicar en Campo Pagado la protesta de la XXIIIa. Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras".

4o. Enviar copia de esta Protesta al "Colegio de Periodistas de Honduras".

9.- DESIGNACIÓN DE SEDE DE LA XXVIa. ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS" Y DEL XXIXo. CONGRESO MEDICO NACIONAL.

Se confirmó la ciudad de La Ceiba, Atlántida, para sede de la XXVa. Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras" y XXIXo. Congreso Médico Nacional en febrero de 1986.

Se probó designar a la ciudad de Tegucigalpa D. C. para hospedar la sede de la XXVIa. Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras" y XXXo. Congreso Médico Nacional, en febrero de 1987.

## CONTENIDO

I.	EDITORIAL	
	1. La Medicina Científica .....	186
	2. Nota del Director .....	187
II.	TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES	
	1. índice predictivo para hospitalización y/o manejo ambulatorio del paciente con Asma Bronquial Aguda <i>Dr. Manfredo Turcios R. y Cois</i> .....	188
	2. Estudio Preliminar sobre los efectos farmacológicos de <i>Calliandra Molinae Standley</i> (Palo de Corcho) en animales de experimentación. <i>Dr. Pablo José Cambar y Cois</i> .....	194
	3. Colecistectomía Simple no Complicada: Estudio comparativo del uso de drenaje Post Operatorio en el Hospital Escuela <i>Dra. Leila Cuéllar de Deras</i> .....	201
	4. Correlación Histológica, Citología y Colposcopia en Detección Precoz de la Patología Cervical. <i>Dr. Miguel Armando Momdel</i> .....	205
III.	SECCIÓN ALCOHOLISMO	
	1. Fundamentos en la entrevista al Enfermo Alcohólico <i>Dr. Octavio R. Sánchez Midence</i> .....	210
IV.	REVISIÓN CLÍNICA	
	1. Dilatación Oogénita de Vías Biliares: Presentación de un caso. <i>Dr. Samuel García Díaz y Cois</i> .....	216
	2. Hematoma Extradural en un niño <i>Dr. Nicolás NazarH. y Cois</i> .....	220
	3. Traumatismo Raquimedular: Revisión Clínica <i>Dr. Ernesto Fiallos Fonseca</i> .....	224
V.	REVISIÓN DE LITERATURA:	
	1. Enfoque Clínico del Cáncer de Ovario <i>Dr. Roberto Martínez López y Cois</i> .....	229
VI.	MEDICINA TRADICIONAL	
	1. El Sistema de Ideas sobre la Enfermedad en Mesoamérica <i>Dr. Azzo Ghidinelli</i> .....	237
VII.	SECCIÓN LITERARIA	
	1. A solas con la Piel (Canto al Dermatólogo) <i>Dr. Héctor Laínez N.</i> .....	249
	2. Vislumbre Hipocrático <i>Br. Mireya X. Hiza. D.</i> .....	250
VIII.	SECCIÓN GREMIAL	
	1. Homenaje de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras a la Promoción de Médicos Egresados en el Año de 1959 .....	251
	2. Resolución de la XVII Asamblea de Delegados del Colegio Médico de Honduras, en San Pedro Sula el 11 de Octubre de 1984 .....	252
	3. Texto de las Resoluciones de la XXIII Asamblea del Colegio Médico de Honduras, celebrada en Choluteca en Febrero de 1984 ..	254
	4. Asamblea y Congreso Médico Nacional en San Pedro Sula, Febrero 1985 .....	256